



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SIGNIFICAÇÕES DA DOR CRÔNICA

Karina Duarte Souza

JOÃO PESSOA
2011

Karina Duarte Souza

SIGNIFICAÇÕES DA DOR CRÔNICA

Orientadora: Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha

Co-Orientador: Prof. Dr. Joselí Bastos da Costa

João Pessoa

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SIGNIFICAÇÕES DA DOR CRÔNICA

Por

Karina Duarte Souza

Dissertação submetida como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Social.

João Pessoa

2011

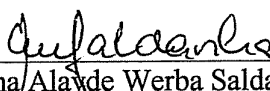
Significações da dor crônica

Karina Duarte Souza.

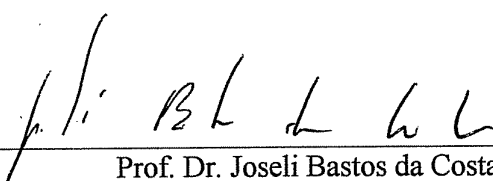
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Aprovada em: 29 / 07 / 2011

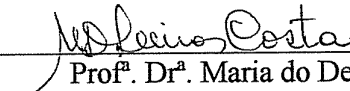
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Ana Alayde Werba Saldanha – UFPB
(Orientadora)



Prof. Dr. Joseli Bastos da Costa - UFPB
(Co-Orientador)



Prof.ª Dr.ª Maria do Desterro Leiros da Costa
(UFPB – Membro externo)



Prof.ª Dr.ª Alicia Garrido
(Universidade Complutense de Madrid – Membro externo)

DEDICATÓRIA.

Dedico este trabalho a todos que contribuíram de uma forma ou de outra para esta longa
jornada.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Joseli Bastos, mentor e responsável pela realização deste trabalho, que com muita sabedoria e tranquilidade teve a paciência de ensinar-me tudo que apreendi nesta área ainda desconhecida para mim.

A minha mãe e minha tia Dete, responsáveis pela minha educação e caráter; e maior fonte de amor incondicional.

À Professora Ana Alayde, pela generosidade de ter assumido a orientação formal desta dissertação.

Às Professoras Maria do Desterro e Alicia Garrido, pela generosidade de dedicarem parte de seu precioso tempo e saber ao exame dessa dissertação.

Ao meu amigo Roniere, que praticamente foi meu tutor, me auxiliando durante muitos entraves durante o curso e próprio desenvolvimento do trabalho.

Aos meus amigos e colegas do núcleo: Eudo, Andressa, Ana Angélica, Carla, Robson, Taís, Clovis, Fátima que muito se empenharam em me ajudar neste projeto.

Aos meus amigos e colegas do mestrado Riza, Rosane, Gabriel, Luciene, Denise, Marcelo, Mônica, Francis.

A Ivan por toda paciência em estar ao meu lado.

Aos meus familiares: Ana, Josy, Kali, Suzi, Renata e seu futuro pinpolho, Keko, Luiz Antônio, Hercules e Duarte, que compreenderam minha ausência durante meu período e estudo.

A tia Rosa por tantos cuidados, e também tio Ivan, Inglésia, Inglid, Ivan Rodrigues e Yasmin, meus mais novos familiares.

Acima de tudo e todos, a Deus, fonte de força maior, de equilíbrio e de amor.

RESUMO

Souza, K. D. (2011). *Significações da dor crônica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introdução: A dor crônica é uma afecção importante por atingir boa parte da população, apresentando-se como um das maiores causas de busca ao serviço de saúde. É caracterizada principalmente por sua duração prolongada e forte associação com aspectos cognitivos e afetivo-motivacionais. Tais aspectos exercem forte influência na percepção e experiência de dor. Os significados atribuídos à dor refletem as diversas crenças dos doentes frente à dor e constituem-se em sistemas cognitivo-afetivos que estabelecem múltiplas relações com a percepção e as respostas comportamentais frente à dor.

Objetivos: o estudo teve por objetivo explorar, descrever e analisar os significados atribuídos à dor crônica por um grupo de pacientes freqüentadores de serviços de saúde públicos e privados da cidade de João Pessoa.

Método: Participaram da amostra não-probabilística e por conveniência, 50 pacientes do serviço público de saúde e 50 pacientes de consultórios particulares. Foram realizados dois tipos de entrevista: associação livre e entrevista semi-estruturada. A associação livre teve como palavra estímulo “dor”, sendo solicitadas cinco respostas que deveriam ser hierarquizadas em função de sua importância. A entrevista semi-estruturada procurou respostas para algumas perguntas norteadoras como: “**O que essa dor significa para você?**” e “**O que essa dor significa na sua vida?**”. Foram também avaliadas as características da dor apresentada pelos entrevistados, incluindo o tipo de dor e a intensidade da dor sentida, através de uma escala numérica de dor; os problemas de saúde apresentados; e ao final, dados sociodemográficos de idade, sexo e escolaridade.

Resultados: Nas análises resultantes das associações livres, cinco tipos principais de significações foram observadas: afecção do corpo; emoção negativa; consequências subjetivas negativas; consequências funcionais negativas; e adaptação e enfrentamento. Estes significados diferem em seu uso nos dois tipos de consultório, públicos e privados, que apresentaram padrões distintos de significação da dor. Nos consultórios particulares predominou um padrão semântico focado na dor e na emoção, assim como nas suas consequências, com uma ênfase maior nas consequências fácticas e objetivas da dor e nas suas implicações efetivas na instrumentalização do mundo físico e social do paciente. Nos consultórios públicos observou-se uma ênfase maior na adaptação e enfrentamento do problema álgico, através da busca de resolução na forma de

tratamento ou de resignificação da dor. Nas análises das respostas à entrevista semi-estruturada, feitas através do software ALCESTE, o discurso dos pacientes apresentou-se configurado em dois padrões. Um primeiro, focado sobre a própria dor, as suas emoções e as suas conseqüências, foi composto por um núcleo semântico que remete à emoção, expressa seja como sensação corpórea, seja como valoração dessa sensação (tristeza e sofrimento), seja como consequência dessa sensação (limites e impossibilidades). O outro discurso observado revelou-se voltado para o enfrentamento adaptativo da dor, buscando uma forma de resolvê-la, como a ação de procurar um médico, de tomar remédio, e outros procedimentos em busca de melhora. Seu núcleo semântico, remete assim à situação e ao seu enfrentamento.

Conclusão: Conhecer os significados atribuídos pelo paciente à dor crônica, torna possível ao profissional intervir melhor sobre o paciente, adotando terapias mais adequadas, facilitando a adesão do paciente ao tratamento, bem como possibilitando uma adequação das estratégias de enfrentamento adotadas pelo doente frente à dor.

Palavras-chave: dor crônica, significados, crenças.

ABSTRACT

Souza, K. D. (2011). *Meanings of chronic pain*. Master's Thesis, Post Graduation Program in Social Psychology, Center of Humanities, Arts and Languages, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

Introduction: Chronic pain is an important condition because it reaches great part of the population, presenting itself as a major cause of seeking the health service. It is mainly characterized by their long life and strong association with cognitive and affective-motivational aspects. These aspects have a strong influence on the perception and experience of pain. The meanings attributed to pain reflect the varieties of beliefs that patients have regarding to it. and consist in the cognitive-affective systems that establish multiple relationships with the perception and behavioral responses related to pain.

Objectives: The study aimed to explore, describe and analyze the meanings attributed to chronic pain by a group of patients who attend public and private health services in the city of João Pessoa.

Method: Participated in the sample of non-probabilistic and by convenience, 50 patients of public health care and 50 patients from private services,. There were two types of interview: free association and semi-structured interview. The free association had as a stimulus the word "pain", and requested five answers that should be prioritized according to their importance. The semi-structured interviews looked for answers to some guiding questions as: "What does your pain mean to you?" And "What is the meaning your pain has in your life?" We also assessed the pain characteristics by respondents, including the type of pain and the intensity experienced by a numeric pain scale, health problems presented, and at the end, sociodemographic data on age, gender and education.

Results: In the resulting analysis of free associations, five main types of meanings were found: body condition; negative emotion, subjective negative consequences, negative functional consequences, and adaptation and coping. These meanings differ in their use in both types of services, public and private, which showed distinct patterns of meaning of pain. Predominated in the private service a semantic pattern focused on pain and emotion, as well as their consequences, with an emphasis on the facts and objective consequences of pain and its implications in the effective manipulation of the physical and social world of the patient. In public offices there was a greater emphasis on adaptation and coping with the pain problem by seeking the solution in the form of treatment or redefinition of the pain.

Analyzing the answers of the semistructured interview, done through the software ALCESTE, the speech of the patients showed two standards. The first focused on their pain, their emotions and its consequences, was composed of a semantic core that relates to emotion, expressed either as a corporal sensation, or as a valuation of this sensation (sadness and suffering), or as a consequence of this feeling (limits and impossibilities). The other observed speech showed the capacity of facing the pain with an adaptive coping and seeking a way to solve it, like the action to go see a doctor, take some medicine, and other procedures in search of improvement. His semantic core refers to the situation and the way to face it.

Conclusion: Knowing the meanings attributed by the patient to chronic pain, makes a better professional work possible with the patient, adopting the most appropriate therapies, facilitating patient adherence to treatment, as well as providing an adequate coping strategies adopted by the patient regarding to pain. .

Keywords: Chronic pain, meanings, beliefs.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação das Perspectivas Teóricas da Dor segundo Novy et al. (1995)....	8
Tabela 2 - Características da dor aguda e da dor crônica	13
Tabela 3.1 - Pesquisa de artigos, utilizando os termos chronic pain e belief, realizada em dezembro de 2010, limitada aos últimos cinco anos, nas bases de dados da LILACS.	60
Tabela 3.2 - Pesquisa de artigos, utilizando os termos chronic pain e belief, realizada em dezembro de 2010, limitada aos últimos cinco anos, nas bases de dados da PsycInfo. .	60
Tabela 4.1- Respostas dos pacientes de consultórios particulares à associação livre produzida a partir da palavra-estímulo “Dor”, organizadas em categorias semânticas, com seus respectivos conteúdos definidores, descritores e respostas exemplares (n = 150).....	94
Tabela 4.2 - Respostas dos pacientes de consultórios públicos à associação livre produzida a partir da palavra-estímulo “Dor”, organizadas em categorias semânticas, com seus respectivos conteúdos definidores, descritores e respostas exemplares (n = 150).....	95
Tabela 4.3 - Frequências absolutas e relativas das respostas à associação livre produzida a partir da palavra-estímulo “Dor”, em cada uma das categorias semânticas, nas duas sub-amostras (n = 300).....	102
Tabela 4.4 - Escores médios das avaliações de importância em cada uma das categorias semânticas encontradas nas respostas dos pacientes à associação livre produzida a partir da palavra-estímulo “Dor”, nas duas sub-amostras (n = 300).	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Caminho da dor	24
Figura 2. Vias de condução da dor	25
Figura 3. Fluxograma dos sistemas analgésicos supra-espinhais	29
Figura 3.1 Questionário para dor McGill	48
Figura 4.1. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função do Sexo	86
Figura 4.2. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função da Idade	87
Figura 4.3. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função da Escolaridade	87
Figura 4.4. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função do Tipo de dor relatado	89
Figura 4.5. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função da Intensidade da dor relatada	90
Figura 4.6. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nas categorias semânticas obtidas	105
Figura 4.7. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nos três focos semânticos.....	106
Figura 4.8. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nas categorias semânticas obtidas	107
Figura 4.9. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes pelos participantes, agrupadas de acordo com sua classificação nos três focos semânticos	108

Figura 4.10. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nas categorias semânticas obtidas.....	109
Figura 4.11. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nos três focos semânticos, e do tipo de dor	110
Figura 4.12. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nas categorias semânticas obtidas, e da intensidade da dor	111
Figura 4.13. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nos três focos semânticos, e da intensidade da dor	112
Figura 4.14. Dendrograma com a Classificação Hierárquica Descendente – Questões relativas ao significado da dor	114

SUMÁRIO

Introdução.....	1
CAPÍTULO II – DOR.....	3
2.1 CONCEITO E TEORIAS DA DOR	3
2.2 CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA DOR	10
2.3 NEUROFISIOLOGIA DA DOR	22
2.3.1 Modulação da dor	28
2.4 AVALIAÇÃO E TRATAMENTO	32
2.4.1 Avaliação.....	32
2.4.2 Tratamento da dor crônica.....	42
CAPÍTULO III - SIGNIFICADOS E SEMÂNTICA DA DOR.....	45
3.1 A LIGUAGEM DA DOR.....	45
3.2 CRENÇAS DOR E CULTURA.....	53
3.2.1 Crenças e processos de modulação	53
3.2.2 Cultura e processos de modulação	56
3.3 DINÂMICAS DAS CRENÇAS	59
3.3.1 Crença de locus de controle.....	65
3.3.2 Crença de auto-eficácia	66
3.3.3 Crença de esquiva/evitação e medo	67
3.3.4 Catastrofização	67
3.3.5 Enfrentamento.....	68
3.3.6 Relação entre as crenças.....	71
3.3.7 Adesão ao tratamento e Gerenciamento da dor	74
CAPÍTULO IV - ESTUDO EMPÍRICO - O SIGNIFICADO DA DOR	79
4.1 Objetivos.....	79
4.1.1 Objetivo Geral	79
4.1.2 Objetivos Específicos	79
4.2.1 Participantes	80

4.2.2. Instrumentos.....	82
4.2.3. Procedimentos.....	83
4.2.4. Aspectos éticos	84
Resultados.....	85
4.3.1 Análise das características sociodemográficas dos participantes.....	85
4.3.2 Análise das características dos processos algícos e das condições de saúde	88
4.3.3 Análise dos significados da dor obtidos a partir da Associação Livre	92
4.3.4. Análise dos significados da dor obtidos a partir das questões abertas sobre o significado da dor	112
CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
Referências	122
ANEXO I.....	132

Introdução

A função do sistema nervoso de informar a respeito das lesões direcionadas ao organismo é uma das mais importantes

(Brenner, 2004; PAIN, 2002; Prado, 2001). A dor que inicialmente deveria ser um mecanismo de defesa (Guyton & Hall, 2006; Portnoi, 2003; Prado, 2001) quando crônica constitui-se na própria doença, sendo considerado hoje um dos maiores problemas de saúde pública (Castro, 2001) além de prejudicar vários aspectos da vida do doente.

A dor apresenta um limiar fisiológico estabelecido pelo genótipo e um limiar de tolerância à dor determinado pelo fenótipo. Além de fatores fisiológicos, a dor envolve fatores psicossociais, emocionais e culturais (Melzack, 1965; 1973), estes estão relacionados às crenças dos sujeitos que podem ser expressas através do repertório semântico vinculado à dor pelo seu relator.

Crenças são entendidas aqui como cognições que fornecem uma idéia a respeito da realidade e guiam a percepção da mesma, incluindo a percepção da dor. Portanto, identificar as significações da dor para o paciente, seria uma forma de acessar suas crenças em relação à dor e permitiria uma melhor atuação profissional na abordagem ao paciente e no estabelecimento do tratamento.

As crenças são constituídas e adquiridas no meio social, por processos de afecção mútua, atuam umas sobre as outras produzindo mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais no sujeito. Diversos tipos de crenças encontram-se relacionadas com a experiência da dor crônica: crenças de *locus* de controle, auto-eficácia, de esquiva e medo, catastrofização e outros processos psicológicos a elas vinculados como enfrentamento da dor, adesão e gerenciamento do tratamento.

As estratégias de enfrentamento da dor crônica são de grande importância para a adaptação, ajustamento ou superação da mesma. Estratégias de enfrentamento, também denominadas estratégias de *coping*, são esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações de dificuldade, estando diretamente relacionadas às crenças dos sujeitos (Portnoi, 2003; Portnoi, Nogueira & Maeda, 2009).

Identificar as estratégias de enfrentamento da dor do sujeito e a influência das significações da dor sobre as mesmas possibilitaria ao profissional uma melhor atuação, com indícios de como conduzir melhor o tratamento, permitindo-lhe fornecer aos sujeitos meios para adoção de estratégias mais eficientes que resultassem em uma melhor adaptação à dor e, conseqüentemente, um melhor resultado no seu tratamento.

O gerenciamento da dor envolve os procedimentos terapêuticos específicos utilizados pelo profissional de saúde no controle do quadro algico; envolve também os procedimentos atitudes e comportamentos utilizados pelo paciente durante o processo de tratamento da dor. Da perspectiva médica, esse gerenciamento tem uma característica objetiva, envolvendo tanto da parte do médico como do paciente, procedimentos e comportamentos, o que implica, ao menos no que se refere ao paciente, numa certa semelhança ao conceito de enfrentamento.

Da perspectiva psicossocial esse gerenciamento diferencia-se do enfrentamento por assumir uma característica mais avaliativa, compreendendo tanto da parte do médico quanto do paciente numa avaliação dos esforços do paciente em direção a sua cura, bem como do seu prognóstico. Assim, de igual modo que quanto ao enfrentamento, conhecer as relações entre o gerenciamento da dor e os diversos significados a ela atribuídos, também permitiria a elaboração de estratégias mais eficientes de intervenção no problema.

CAPÍTULO II – DOR

Inicialmente serão introduzidos o conceito e as teorias da dor apresentando sua evolução conceitual até chegar à perspectiva mais utilizada, que abrange sua subjetividade e multidimensionalidade. Em seguida serão apresentados conceitos práticos de classificação da dor, afecções que mais desencadeiam processos dolorosos crônicos e populações mais acometidas. Por fim, será abordado seu processo de avaliação e tratamento.

2.1 CONCEITO E TEORIAS DA DOR

Uma das mais imprescindíveis funções do sistema nervoso é informar a respeito das lesões infligidas ao organismo, informação que ocorre através do processo algico, através da dor (Brenner, 2004; Prado, 2001; Teixeira, 2006). A dor acontece inicialmente como um mecanismo de defesa do corpo, uma tentativa de livrar o organismo do estímulo nocivo (Guyton & Hall, 2006; Prado, 2001; Portnoi et al., 2009; Teixeira, 2009), mas nem sempre seu mecanismo se mantém exatamente desta forma, como nos casos de dor crônica que veremos adiante.

A definição da dor mais utilizada é a adotada pela Subcomissão de Taxonomia da International Association Study of Pain (IASP), ela inclui aspectos referentes à experiência emocional ou psicológica à experiência de dor. Foi adotada como guia tanto para os clínicos como para pesquisadores, conceituando a dor como:

Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano... A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a aplicação da palavra através de experiências relacionadas com lesões no início da vida (IASP, 1994).

Considerada uma experiência subjetiva e complexa, a dor envolve diversos aspectos incluindo mecanismos físicos, psíquicos e culturais (IASP, 1994; Melzack, 1993). Pode-se definir sua subjetividade como algo não passível de totalização, que inclui múltiplos processos produzidos tanto por instâncias individuais, quanto coletivas e institucionais (Teixeira, 2001).

Apesar de o conceito adotado pela IASP ser o enquadramento teórico subjacente para muitos clínicos e pesquisadores essa perspectiva não fornece uma explicação explícita para a inter-relação dos aspectos sensoriais, físicos e emocionais (Novy, Nelson, Francis, D. J. & Turk et al., 1995; Rocha, 2007).

O envolvimento de inúmeros aspectos na explicação da experiência de dor gerou o desenvolvimento de diversas teorias explicativas ao longo dos anos. Muitas destas apresentando limitações, que com o tempo foram evoluindo e dando lugar a novas teorias mais abrangentes, incluindo novos aspectos na tentativa de explicar de maneira mais completa a experiência da dor (Melzack, 1973; Novy et al., 1995; Teixeira, 2009).

Descartes foi o primeiro a desenvolver uma teoria sobre a dor, a Teoria da Especificidade, conhecida como a teoria tradicional da dor, foi descrita por uma base neurofisiológica (Melzack, 1973). Baseou-se no corpo comparado a uma máquina, a ser estudado por métodos físico-experimental, equiparando a dor a uma lesão periférica a ser captada por um receptor periférico específico. Tal teoria não abriu espaço para as contribuições psicológicas, a exemplo da atenção, experiência passada e significado da situação (Melzack, 1993; 1996).

Posteriormente, em oposição à Teoria da Especificidade, surgiu a Teoria Padrão, um agrupamento de teorias propostas, fundamentadas na crença de que a intensidade do estímulo doloroso e a somação central são fatores determinantes na dor (Melzack & Wall, 1965; Melzack, 1973). Novy et al. (1995) congrega a Teoria da Especificidade e a Teoria

Padrão como uma única perspectiva restritiva sobre a dor, denominada Dualismo Corporeamente.

O modelo Biomédico Tradicional é mencionado por Keefe, Abernethy e Campbell (2005) como prevalente entre os profissionais e entre os próprios pacientes de dor, que interpretam a experiência dolorosa simplesmente como resultado da atividade de uma doença subjacente ou um dano tecidual. De acordo com esse modelo, da mesma forma que a dor apresenta-se proporcional à lesão provocada, as intervenções a fim de eliminar ou reduzir a atividade da doença devem produzir a supressão ou uma importante redução da dor. Como já expresso, tal modelo ignora ou minimiza a atuação dos fatores psicológicos no processo de dor relacionado à doença, como por exemplo, ao considerar a ansiedade e a depressão sempre secundárias e não envolvidas diretamente na experiência de dor (Keefe et al., 2005).

O primeiro modelo teórico que incorporou os processos de controle central do cérebro sobre a dor foi desenvolvido em 1965 por Melzack e Wall. O modelo faz isso explicando o papel dos processos psicológicos na percepção e resposta à dor. A teoria foi denominada “The Gate Control Theory of Pain”, conhecida em português como a Teoria do Portal da Dor. Esta teoria postula que complexos mecanismos neurofisiológicos entre o cérebro e a medula espinhal atuam como moduladores dos sinais de dor aferentes (Melzack, 1965; 1973; 1996; Novy et al., 1995), propondo assim a existência de uma interação dos estímulos periféricos com fenômenos corticais e afetivos. Atualmente é a teoria mais utilizada pelos estudiosos na explicação sobre o mecanismo da dor e vem acrescentar ao modelo biomédico existente aspectos avaliativos, afetivos e sensitivos como atuantes no processo doloroso (Melzak e Wall, 1993, 1996; Keefe et al., 2005).

Suas proposições afirmam que:

- a transmissão dos impulsos nervosos aferentes para medula espinhal é modulada por um mecanismo de propagação no corno posterior da medula espinhal (CPME);

- o mecanismo de propagação sofre influência da atividade das fibras de grande diâmetro (A beta) e pequeno diâmetro (Adelta e C). As primeiras inibem a transmissão do estímulo de dor, fechando o portão, e as segundas facilitam, abrindo o portão;

- os impulsos descendentes do cérebro influenciam o mecanismo de propagação na medula;

- o sistema especializado de grande diâmetro ativa processos seletivos cognitivos que exercem influência por meio de fibras descendentes sobre o mecanismo de propagação da coluna vertebral;

- quando a saída da transmissão da medula espinhal excede um limite crítico ativa um sistema de ação nas áreas neurais acionando padrões seqüenciais de comportamento e experiência características da dor (Melzack, 1993; 1996).

Como ocorre em toda teoria, surgiram muitas investigações para refutar e apoiar a teoria de Melzack e Wall, inclusive do próprio autor instigado pelo fato de a dor fantasma (dor em um membro amputado) não se enquadrar na explicação da Teoria do Portal (Melzack, 1993; 1996).

Na dor fantasma não existe uma aferência primária produzida por um estímulo lesivo externo, captado por um nociceptor periférico (como estimado na explicação da dor pela Teoria do Portal), o amputado apresenta muitas vezes uma sensação de dor em um membro ausente. O fenômeno fantasma propõe a existência de uma representação no cérebro do membro ausente, o que faz o membro parecer real, e justifica a sensação percebida pelo amputado (Novy et al., 1995).

Para abranger tal fenômeno na explicação da experiência de dor Melzack desenvolveu a Teoria Neuromatrix. Esta propõe a existência de uma extensa rede de

neurônios distribuídos no sistema nervoso central (SNC), que desempenham funções específicas e estão interconectados.

Embora determinada geneticamente, a rede neural não reduz a importância dos estímulos sensoriais. Ela atua como uma unidade psicologicamente significativa que integra informações físico-sensoriais e informações das áreas cerebrais responsáveis pela cognição e emoção, desenvolvida tanto pela hereditariedade quanto pelo mecanismo de aprendizagem (Melzack, 1993, 1996). Seu desenvolvimento estimulou a investigação em laboratório da influência dos aspectos psicossociais sobre a dor (Keefe, et al., 2005; Keefe, et al., 2009).

A partir das décadas de 1970 e 1980 surgiu uma tendência entre os psicólogos em desenvolver e refinar as teorias da dor baseadas em modelos comportamentais e cognitivos, como por exemplo, o Comportamento Operante e o modelo Cognitivo Comportamental da Dor (Keefe et al., 2005) .

Existe uma tendência entre os estudiosos em conceituar a dor crônica a partir de um ponto de vista restritivo (seja como uma experiência exclusivamente sensorial e física, ou unicamente como manifestações comportamentais, ou mesmo como uma experiência mediada exclusivamente por processos cognitivos). Novy et al. (1995) realiza uma revisão e agrupa as perspectivas teóricas da dor em dois grupos: restritivas e globais (Quadro 1).

São avaliadas em seu artigo oito perspectivas teóricas, quatro classificadas como restritivas e quatro classificadas como globais. As perspectivas restritivas são assim denominadas por ignorar algumas facetas da dor crônica e suas inter-relações.

Tabela 1 - Classificação das Perspectivas Teóricas da Dor segundo Novy et al. (1995).

Perspectivas Teóricas da Dor	Características das Perspectivas	Tipo de Perspectiva
Dualismo Corpo-mente: Teoria da Especificidade e Teoria Padrão	Base neurofisiológica: Dor como resultado de uma lesão ou doença.	Restritivas
Psicológica	Foco na relação entre os fenômenos psicológicos da dor.	
Comportamento-operante Radical	Fundamenta-se no condicionamento operante: os comportamentos de dor sensíveis a reforço e modelagem.	
Cognitivo Radical	Experiência de dor diretamente relacionada a cognição.	
Conceito de dor adotado pela IASP	Considera a dor como uma experiência emocional e sensorial	Globais
Teoria do Portal da Dor - revisada	Inclui aspectos psicológicos: dimensão sensitiva, afetiva e cognitiva.	
Comportamento-operante Não-radical	Sufrimento induz a comportamentos de dor	
Cognitivo-comportamental	Influência de respostas cognitivas (crenças e expectativas, etc.) sobre a percepção de dor.	

As perspectivas restritivas são assim denominadas por ignorar algumas facetas da dor crônica e suas inter-relações. Dentre as perspectivas restritivas a primeira citada é o Dualismo Corpo-mente que inclui a Teoria da Especificidade de Descartes e as Teorias Padrão explicadas anteriormente (Novy et al., 1995).

A perspectiva restritiva Psicológica tem seu foco sobre a relação entre os fenômenos psicológicos, em especial a depressão e a dor crônica. Suas falhas estão no desenvolvimento de estudos sem metodologia refinada para avaliar a relação entre a depressão e dor crônica. Seu desenvolvimento trouxe benefícios para o tratamento psicoterápico e psicotrópico (Novy et al., 1995).

A perspectiva restritiva do Comportamento-operante Radical (Fordyce, 1978) discute a influência dos fatores ambientais na formação da experiência de pessoas que sofrem com dor. Fundamenta-se nos princípios do condicionamento operante, em que os comportamentos de dor são sensíveis ao reforço e modelagem negando a importância dos

aspectos fisiológicos, afetivos e cognitivos presentes especialmente na dor crônica (Novy et al., 1995).

Esta perspectiva afirma que os padrões de comportamento apreendidos em respostas a episódios de dor aguda podem ser reforçados, levando a manutenção de comportamentos mal adaptativos de dor, por exemplo, estilo de vida sedentário, excesso de vigilância da área de dor, intuito de obter atenção de um esposo solícito, evasão de uma casa indesejada ou da responsabilidade do trabalho (Keefe et al., 2005).

Ainda dentro das teorias restritivas, o Cognitivismo Radical tem uma visão da dor como uma experiência sujeita ao pensamento racional. Pela teoria, os pensamentos disfuncionais (comportamentos auto-destrutivos, disfunção afetiva, frequência e intensidade da sensação de dor) são os principais problemas dos pacientes com dor crônica. As perspectivas globais surgiram em resposta à insatisfação gerada pelas teorias restritivas diante da complexidade da dor crônica e da necessidade de considerar aspectos fisiológicos e psicológicos, diferenciando-se em sua concepção e formas de tratamento. A primeira a ser citada compreende a definição de dor da International Association Study of Pain (IASP) e a segunda teoria classificada como global é a já explicitada na Teoria do Portal da Dor.

A Teoria do Comportamento Operante não Radical, vem acrescentar ao conceito de dor adotado pela IASP, a presença de alguma forma visível ou audível de comportamento, alertando para influência de algumas condições que implicam na manutenção do sofrimento excessivo e incapacidade em pacientes com dor crônica (Novy et al., 1995). O reconhecimento do sofrimento abre caminho para uma diversidade de fatores que podem influenciar a experiência de dor, com envolvimento tanto das emoções (afeto), como dos pensamentos (cognição). Portanto, para o autor, é o sofrimento que leva a comportamentos de dor (Novy et al., 1995).

A quarta perspectiva abrangente é a Cognitivo Comportamental, desenvolvida em meados de 1980 por Turk, Turner e outros autores. O modelo baseou-se na influência de respostas cognitivas como pensamentos, crenças e expectativas sobre a percepção e maneira como as pessoas se adaptam à dor. Enfatiza o papel das crenças do indivíduo e os significados atribuídos a diversos aspectos da experiência algica, integrando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais atuantes sobre a dor (Novy et al., 1995; Keefe et al., 2005).

A existência de tantas perspectivas demonstra o fato de que múltiplas e diversificadas facetas estão inter-relacionadas na experiência da dor, uma vez que cada faceta afeta e é afetada por todas as outras. Assim a multiplicidade da percepção depende dos seguintes aspectos:

a) fatores cognitivos como memória, pensamento, imaginação (Melzack, 1973), crenças (Pimenta, 1999; Pimenta & Cruz, 2006; Salvetti & Pimenta, 2007) expectativas (Diaz, 2003; Ekman, 2004), enfrentamento (Angelotti & Sardá, 2005; Portnoi, 2003; Portnoi et al., 2009) atitudes (Ferreira, 2001; Pimenta & Cruz, 2006), valores (Ferreira, 2001);

b) influência dos aspectos afetivo-emotivos como medo, ansiedade, depressão e frustração (Diaz, 2003; Teixeira, 2006).

c) influência de aspectos sociais (Keefe et al., 2005) e culturais onde o sujeito está inserido (Melzack, 1973).

Estes aspectos serão mais detalhadamente descritos no capítulo seguinte.

2.2 CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA DOR

A classificação da dor pode ocorrer segundo diversos aspectos: região acometida, características de temporalidade, fator etiológico (IASP, 1994; Cavalcante, 2005), intensidade da dor e sistema envolvido (IASP, 1994). Também pode ser classificada de

acordo com a fisiopatologia (nociceptiva, não-nociceptiva), por característica de adaptação (adaptativa e não-adaptativa) (Duval, 2009), etiologia (oncológica e não-oncológica) (Pagura, 2009) e mecanismo fisiopatológico (Angelloti & Dotto, 2005; Pagura, 2009).

A dor do tipo adaptativa auxilia na preservação do organismo, faz parte do sistema protetor evitando estímulos agressivos, lesões graves e permitindo a cicatrização de lesões existentes. A não-adaptativa ocorre por uma situação patológica que atinge o sistema somatossensorial, apresentando-se tanto de forma contínua como intermitente. Não está necessariamente vinculada a um estímulo nociceptivo ou lesão tecidual visível, ocorre em casos de dor neuropática (lesão do SNP ou SNC) e dor funcional (disfunção do sistema nervoso) (Duval, 2009).

De acordo com o mecanismo fisiopatológico envolvido, a dor pode ser classificada em nociceptiva e não-nociceptiva (Angelloti & Dotto, 2005), ou somática, neuropática e psicogênica (Pagura, 2009).

As dores nociceptivas resultam da ativação direta dos nociceptores ao nível somático e visceral e geralmente são acompanhadas de inflamação (Basbaum & Jessell, 2003) tendo como causa um trauma ou o próprio processo inflamatório (Teixeira, 2009) a exemplo da dor pós-operatória ou de queimadura. É descrita como bem localizada envolvendo áreas corticais Somatossensoriais I e II (Duval, 2009).

Por sua vez a dor neuropática é produzida pela atividade neural patológica proveniente da lesão ou doença do sistema nervoso, tanto a nível periférico como central (IASP, 1994; Duval, 2009; Ekman, 2004). É geralmente descrita como uma dor ardente e penetrante (Angelloti & Dotto, 2005); caracterizada por ocorrência espontânea ou em presença de estímulos de baixa intensidade (Duval, 2009). No nível do Sistema Nervoso Periférico (SNP) podem ser citadas as polineuropatias periféricas em pacientes diabéticos; a neuralgia pós herpética e radiculopatias lombares. Ao nível do Sistema Nervoso Central

(SNC) tem-se como exemplo as lesões medulares, a esclerose múltipla e as seqüelas de acidente vascular encefálico (Duval, 2009).

A dor psicogênica ocorre sem a identificação de um mecanismo nociceptivo ou neuropático, advém de um distúrbio psicológico ou psiquiátrico associado a componentes emocionais (Loeser, 2009).

A dor inflamatória tem característica espontânea ou presença de hipersensibilidade ao estímulo nociceptor, é acompanhada de lesão tecidual com reação inflamatória. Inúmeros neuromediadores inflamatórios são liberados no processo. Estes neuromediadores facilitam a despolarização da membrana neuronal de forma mais duradoura que a estimulação do sistema somatossensorial e alteram fisiologia normal do sistema gerando o fenômeno de hiperalgesia, que caracteriza a transição da dor aguda para crônica.

Dor funcional possui uma definição dinâmica, ocorre por uma anormalidade de resposta ou da função do sistema somatossensorial, aumentando a atividade ou a sensibilidade do sistema somatossensorial e amplificando os sintomas. Ocorre em condições clínicas como fibromialgia, síndrome do cólon irritável, cefaléias tensionais dentre outras.

A classificação mais comum é em relação à temporalidade, podendo ser classificada como aguda e crônica. A dor aguda é resultado de um estímulo físico bem localizado (um dano tecidual efetivo ou o risco do mesmo), informa sobre um perigo potencial e induz a um reflexo de retirada (Teixeira, 2009). Pode também ser chamada de dor fisiológica (Calia & Vieira, 2001; Prado, 2001).

A Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED) define a dor aguda como transitória manifestada em um período relativamente curto de tempo (de minutos a semanas), associada a lesões teciduais provenientes de processos inflamatórios, infecciosos, traumáticos, dentre outras causas. Geralmente desaparece quando a causa é diagnosticada e tratada corretamente.

Tabela 2 - Características da dor aguda e da dor crônica

	Dor aguda	Dor crônica
Causas	Risco de dano tecidual ou dano tecidual efetivo	Dano tecidual contínuo Fatores ambientais (condicionamento operante) Disfunção do sistema endógeno de controle da dor
Relato do cliente	Descrição clara da localização, padrão, qualidade, frequência e duração	Descrição vaga
Função	Alerta para dano tecidual, obriga ao repouso de tecidos em consolidação	Se o dano tecidual não estiver continuando, nenhum benefício biológico; pode ocasionar benefícios sociais ou psicológicos
Consequências	Atividade autonômica excessiva Ativação neuendócrina excessiva Se não tratada adequadamente pode ser tão prejudicial quanto uma doença e pode evoluir para dor crônica	Graves estresses financeiros, emocionais, físicos e/ou sociais sobre a pessoa ou família Consequências fisiológicas da inatividade

Nota. Adaptado de "Sensação somática: aplicações clínicas," Por L. L. Ekman, 2004, *Neurociência: Fundamentos para a reabilitação*, p.129. Trad. Mundim, F.D.; Rio de Janeiro, RJ: Elsevier.

A dor crônica é definida pela SBED (s/d) como uma dor de duração prolongada, que pode perdurar meses ou anos, comumente está associada a uma doença crônica ou pode ser conseqüente a uma lesão anterior que já foi tratada. O fator causal pode estar ligado a um dano tecidual contínuo, fatores ambientais, sensibilização de neurônios, disfunções do sistema endógeno de controle da dor (Ekman, 2004), bem como impulsos ligados à personalidade alterando mecanismos inibitórios descendentes (Ferreira, 2001).

Ela persiste além de três meses (IASP, 1979), é mal localizada e em geral tem início após a fase de dor aguda (Prado, 2001; Rocha, 2004; Slezak & Hacobian, 2004; Teixeira, 1999). É decorrente de uma disfunção no sistema somatossensorial causando sensação de dor persistente mesmo após a solução do processo etiológico (Duval, 2009), a dor então passa a ser a própria doença (Duval, 2009; Pimenta, 1999; Portnoi, 2003).

A dor também pode ser classificada como recorrente. Esta surge em períodos de curta duração repetindo-se com frequência, podendo ocorrer ao longo de toda a vida do paciente,

sem necessariamente estar ligada a um processo específico. Um exemplo a ser citado pode ser a enxaqueca (SBED, s/d.).

A dor é a razão pela qual um terço dos doentes realiza consultas médicas, 50% com dor aguda e 50% com dor crônica (Teixeira, Kraychete, Guimarães & Carvalho, 2006). Nos tempos atuais a dor crônica é considerada um dos maiores problemas da saúde pública (Castro, 2001; Gadelha, 2009; Pimenta, Cruz, Rosseto, Dellaroza & Kreling, 2005; Teixeira & Siqueira, 2009).

Segundo a SBED a prevalência das dores crônicas é de aproximadamente 30% da população em um país, podendo variar de 7% a 40% no mundo, sendo persistente em 8% dos indivíduos. O crescimento da população em geral, juntamente com o aumento da vida média da população, aumentou as possibilidades de apresentarem condições dolorosas, características dessa faixa etária mais idosa, que ficam mais expostas a condições potencialmente dolorosas (doenças, traumas etc).

Não existem dados estatísticos oficiais sobre a dor no Brasil, apesar de sua ocorrência estar aumentando. Estima-se que aproximadamente 50 milhões de pessoas apresentem dores crônicas, caracterizando uma das maiores prevalências de doença no país (SBED).

A dor é a principal causa de sofrimento e incapacitação para o trabalho, ocasionando graves conseqüências psicossociais e econômicas. Aproximadamente 40% dos indivíduos chegam a perder muitos dias de trabalho devido à dor. De 50 a 60% dos indivíduos que sofrem de dor crônica persistente ficam parcial ou totalmente incapacitados, de forma transitória ou permanente, o que compromete significativamente a qualidade de vida dos mesmos (SBED). Mais de um terço da população julga que a dor crônica compromete as atividades habituais e mais de três quartos que ela limita atividades recreativas, relações sociais e familiares (Teixeira, et al, 1982; Teixeira; Pimenta, 1994 citado por Teixeira & Siqueira, 2009).

As causas mais comuns de dor são epigastralgias e outras dores abdominais, dor à micção, cefaléias, artralgias, lombalgias, dor torácica e dor nos membros. Em uma pesquisa realizada nos consultórios médicos no Brasil, as dores mais comuns foram as decorrentes de afecções do aparelho locomotor e cefaléias generalizadas e crônicas (Teixeira et al., 2006). Segundo Croft et al. (1993) a dor crônica em dois terços dos casos localiza-se na região lombar e nas articulações e em um quarto no seguimento cefálico citado.

Há muitas discrepâncias nos estudos epidemiológicos de dor, de um modo geral são resultantes das diferenças de métodos de pesquisa e definições dos casos utilizados (Kreling, Cruz & Pimenta, 2006; Pimenta et al., 2005). Os locais de maior prevalência de dor encontrados na revisão de Pimenta et al. (2005) foram: cabeça, face e boca (26,73%); coluna lombar sacro e cóccix (19,40%); membros inferiores (13,26%), dores nos ombros e membros superiores ocorreram em (8,11%) e abdominais (7,52%); em alguns estudos a dor de cabeça é a disfunção que apresenta maior prevalência na população em geral.

Estudos realizados no Brasil, assim como americanos, europeus e asiáticos demonstram que a dor apresenta-se mais em mulheres, sendo mais comuns as afecções do aparelho locomotor, enxaqueca, afecções das vísceras abdominais, síndrome complexa da dor regional e neuralgias periféricas, exceto pós-herpética. As mais comuns em homens são as afecções isquêmicas dos membros, câncer, neuralgia pós-herpética, neuropatias mielopáticas e encefalopatias. A maior prevalência está entre as idades de 45 a 64 anos e média variando entre 49,6 a 50,3 anos (Teixeira et al., 2006).

Na maioria dos doentes que freqüentam clínicas de dor é comum o desconforto em mais de uma região do corpo. É provável também que mulheres freqüentem mais clínicas de dor do que homens, porém, no Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo o número de homens e mulheres que procuram o serviço é equivalente; sendo mais comum em mulheres a síndrome fibromiálgica, síndrome dolorosa

miofascial, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORTs), dores viscerais e artralgias. E em homens, câncer, amputações, afecções isquêmicas, mielopatias, e encefalopatias (Teixeira & Siqueira, 2009).

As principais síndromes dolorosas no serviço de dor crônica são (Castro A., 2009):

- a) Afecções do aparelho locomotor: cervicalgias, cervicobraquialgias, síndrome do impacto, síndromes miofasciais, síndrome de fibromialgia, dor do cotovelo e do antebraço causada por epicondilite lateral, dor no punho antebraço e na mão causada por síndrome do túnel do carpo, dorsalgias, lombalgias e lombociatalgias, bursite trocantérica e tendinites glúteas, dor crônica do quadril e da coxa causada por osteoartrose coxofemural;
- b) Afecções neuropáticas: cefáleias primárias (enxaquecas, cefaléia tipo tensional, cefaléia crônica diária - migrânea transformada, cefaléias em salvas), neuralgia do trigêmeo, neuralgia occipital maior; síndrome de dor complexa regional; dor aguda do herpes zoster, dor crônica da neuralgia pós-herpética, síndrome pós-laminectomia, neuropatias causadas por diabete melito;
- c) Afecções oncológicas.

Dentre as afecções do aparelho locomotor a lombalgia é a mais freqüente, com prevalência de 8% a 45% em brasileiros, afetando aproximadamente 70% dos brasileiros na faixa de 30-39 anos, crônica em 10 % a 15% dos trabalhadores e incapacitante em 11% dos casos (Teixeira et al., 2006). É a principal causa de absenteísmo no trabalho e incapacidade permanente na população economicamente ativa, segunda causa de procura médica entre as doenças crônicas (Yeng, Teixeira & Kaziyama, 2006). Entre suas razões etiológicas podem-se citar adoção de posturas inadequadas e prolongadas, traumatismos, estresses ocupacionais, práticas esportivas, obesidade, déficit muscular, inflamações, tumores,

infecções e anomalias congênitas como escolioses, lordoses, e encurtamento dos membros inferiores.

Sua cronificação se deve a não correção de fatores desencadeantes e/ou perpetuantes, fatores ocupacionais, mecânicos, constitucionais ou degenerativos, comportamentos dolorosos, imobilismo, evitação, morbidades associadas, sensibilização periférica e central (Yeng et al., 2006).

A dor cervical é comum entre indivíduos com 50 a 59 anos, apresenta difícil diagnóstico diferencial, podendo ser decorrente de afecções ocupacionais, osteoartrite, disfunções musculares, espondilose, síndrome do desfiladeiro torácico, tumores espinais, artrite reumatóide, infecções e fraturas. Na maioria tem etiologia inespecífica relacionada a afecções do trabalho e fatores psicossociais (Teixeira et al., 2006).

A Síndrome Fibromiálgica (SFM) é predominante em mulheres, nove para cada homem, principalmente na faixa etária entre 45 e 64 anos, atingindo cerca de 11% da população. É a terceira causa de dor reumatológica nos consultórios médicos (Yeng et al., 2006).

Sua caracterização clínica se faz por dor crônica musculoesquelética localizada nos quatro quadrantes do corpo, em geral associada à fadiga, depressão e anormalidade do sono (Kaziyama, Teixeira, Yeng & Okada, 2009). Sua fisiopatologia é incerta, sendo a dor seu sintoma mais importante. Os nociceptores apresentam-se sensíveis, sendo responsáveis pela dor localizada em resposta a digitopressão. Seus sintomas mais frequentes além da dor em todo corpo são: rigidez articular, fadiga generalizada, parestesias, insônia, cefaléia, síndrome do colón irritável, síndrome das pernas e dos braços inquietos, intolerância ao frio, síndrome da sensibilidade química, hipotensão arterial e depressão maior (Kaziyama, Yeng & Teixeira, 2006).

As dores articulares (artralgias) são acompanhadas de ao menos um dos clássicos sinais inflamatórios (edema, calor, rubor e impotência funcional), sendo conhecidas como artrites. Suas dores podem ser aguda ou crônica (Meirelles, 2006).

As dores articulares podem provir das doenças das partes moles que circundam as articulações (Teixeira et al., 2006), estruturas como periósteo, enteses (local de inserção do tendão no periósteo), tendões, cápsula, bursa e ligamentos. As dores articulares juntamente com as artropatias periféricas e algias vertebrais tem prevalência de 80% na população adulta (Meirelles, 2006) e 70% nos indivíduos entre 60 e 80 anos (Teixeira et al., 2006).

A dor articular aguda mais freqüente é a pós-traumática, em geral associada a contusões, entorses, luxações, fraturas, corpos livres ou mesmo desarranjos internos articulares por lesões ligamentares e/ou meniscais; atingem em sua maioria, adultos e jovens por traumas relacionados ao trabalho ou ao esporte.

A dor articular crônica atinge mais o idoso, decorre de causas degenerativas ou bioquímicas, inflamatórias ou auto-imunes, microcristalinas ou metabólicas infecciosas; a mais comum é a osteoartrose (sintomática em 10% da população adulta, comum após os 50 anos, em mulheres, obesos e em indivíduos que exercem atividades físicas intensas). A artrite reumatóide atinge a maioria mulheres idosas; a artrite gotosa e espondilite anquilosante são mais comuns no sexo masculino. Acarreta significativo impacto físico, mental, psicossocial e econômico, sendo freqüente causa de morbidade, incapacidade temporária ou definitiva (Meirelles, 2006).

As Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas ao Trabalho (Lesão por Esforço Repetitivo – LER e Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho – DORT) são um conjunto de doenças com características próprias, reunidas pela comunalidade da dor musculoesquelética e relação causal direta e indireta com o trabalho (Yeng, Romano, Teixeira & Fernandes, 2006). Apresenta condições multifatoriais que também dependem do

indivíduo, das atividades exercidas, das condições ambientais e também das tensões psíquicas. Manifesta-se em 5% dos trabalhadores predominando nas mulheres (Teixeira et al., 2006).

As regiões mais acometidas pelas LER/DORTs são: cervical, cintura escapular e membros superiores. Os sintomas são dormência, parestesias, sensação de peso e fadiga. A dor pode apresentar-se localizada, referida ou generalizada; superficial ou profunda; de origem somática, neuropática e/ou psicogênica. Esta última é rara, porém na dor crônica anormalidades psicoafetivas contribuem para o agravamento e manutenção da dor. No Brasil assim como em outros países a ocorrência das DORTs provém de fatores como mudanças nos padrões culturais, sociais, econômicos, e maior frequência dos diagnósticos e notificações (Yeng et al., 2006).

Dentre as afecções do aparelho locomotor a Síndrome Dolorosa Miofascial (SDMF) deve ser diferenciada da SFM. Esta apresenta dor generalizada e pontos dolorosos. Já na SDMF há presença de pontos-gatilho e dor regionalizada, resultantes de afecções musculoesqueléticas localizadas, agudas, instaladas pós-trauma, manutenção de posturas inadequadas ou estresse emocional (Kaziyama et al., 2006).

Na SDMF os pontos-gatilho são observados através do exame muscular; verifica-se a sensibilidade local em um nódulo que faz parte de uma banda muscular tensa palpável. A dor desencadeada pela digitopressão é reconhecida pelo paciente, por evocar a dor regional à distância – o que caracteriza a dor referida. A dor referida tem um padrão topográfico de acordo com os pontos-gatilho do músculo avaliado. Além de resposta contrátil local (twitch), limitação da amplitude de movimento e fraqueza muscular (Simons, Travell & Simons, 2005).

As principais afecções neuropáticas são cefaléias e neuropatias periféricas. As cefaléias tornam-se crônicas em mais de 10% dos indivíduos; estima-se que 90% dos

homens e 95% das mulheres apresentem cefaléia ao menos uma vez no ano. Dentre as cefaléias primárias, a migrânea e a cefaléia tensional são as mais comuns (Teixeira et al., 2006).

De acordo com a classificação internacional das cefaléias, todos os tipos de cefaléia estão classificados em grandes grupos e cada grupo é subdividido uma, duas, três vezes em tipos, subtipos e subformas de cefaléia. O diagnóstico deve ser feito com base na descrição clínica, estudos longitudinais de corte de pacientes, estudos epidemiológicos, resultados de tratamentos, genética, neuroimagem e fisiopatologia.

Deve-se identificar se a cefaléia é primária ou secundária a um transtorno. As cefaléias primárias são: migrânea, cefaléia tipo tensional, cefaléias em salvas, outras cefaléias trigêmeno-autonômicas. As cefaléias secundárias são as que ocorrem em consequência a outro transtorno reconhecidamente capaz de causá-las, que sofre acentuada redução após tratamento bem-sucedido ou remissão do transtorno causal (Subcomitê de classificação das cefaléias da sociedade internacional de cefaléia, 2004).

Dentre as afecções neuropáticas têm-se ainda: as neuralgias do segmento cefálico, neuropatias periféricas, neuropatia pós-herpética, neuropatia diabética, neuropatia traumática, Distrofia Simpático Reflexa, dor por amputação, Lesões Encefálicas, Lesões Raquimedulares, Dor Pós-laminectomia Lombar, Síndrome de Guillain-Barré ou Polirradiculoneurites, Síndrome do túnel do carpo, e outras mononeuropatias. Tais patologias podem ser melhor aprofundadas nas seguintes bibliografias: Alves (2009). Dor: princípios e prática; Teixeira (2006). Dor: Manual para o clínico; Andrade (2001). Dor: diagnóstico e tratamento.

A dor decorrente de afecções oncológicas representa menos de 5% das síndromes dolorosas crônicas, sendo comumente mais incapacitante do que outras condições de dor. Aproximadamente 18 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de dor oncológica

(Teixeira & Simioni, 2006). Ocorre em 24% dos doentes com maior prevalência no sexo masculino (62,7%) foi considerada a terceira causa de dor nos doentes que procuraram a unidade de triagem do Hospital das clínicas da FMUSP. A dor é menos freqüente em fases iniciais (20% a 50%), porém ocorre em 70 a 90% dos indivíduos com neoplasia avançada (Teixeira et al., 2006; Teixeira & Simioni, 2006).

O câncer causa impacto emocional negativo, causando expectativa de vida curta e medo da morte. O sofrimento desses indivíduos é resultante das percepções somadas à progressão ou evolução da neoplasia, bem como dos processos neuropsicológicos negativos. A dor pode manifestar-se em consequência de fatores ligados diretamente ou indiretamente ao tumor primário e suas metástases, por consequências iatrogênicas das intervenções terapêuticas, ou de condições clínica não relacionada com a doença oncológica.

A etiologia da dor pode ser decorrente da infiltração tecidual pelos tumores (em ossos, troncos nervosos, vísceras, vasos e outras estruturas), dos procedimentos terapêuticos (incisões, amputações, quimioterapia, uso de corticóides), mucosite, neuropatia actínica, e síndromes paraneoplásicas. O tratamento da dor oncológica gera controvérsias; tanto na formação dos profissionais na área de analgesia e cuidados paliativos havendo uso incorreto das terapias analgésicas, quanto entre os próprios doentes com a existência de crenças sobre a dor, o câncer a analgesia que podem gerar resistência quanto às medidas antiálgicas (Teixeira & Simioni, 2006).

A existência de tantas patologias que geram dor e tornam-se crônicas torna necessário ao profissional desenvolver o conhecimento adequado para identificação das mesmas e consequente indicação do tratamento adequado, aplicado em tempo hábil para minimizar os danos da dor crônica (Ferreira & Teixeira, 2009).

2.3 NEUROFISIOLOGIA DA DOR

A captação do estímulo sensorial da dor é denominada nocicepção, o sistema nociceptor é dividido em quatro componentes:

- a) os nociceptores - receptores que captam estímulos lesivos;
- b) os tratos ascendentes - são as vias que transmitem o estímulo para os centros superiores do SNC;
- c) os centros superiores do SNC - interpretam o estímulo e o tornam consciente;
- d) e o sistema descendente - possibilitam o SNC modificar as informações nociceptivas (Brenner, 2004, Yarnitsky et al., 2008).

Os nociceptores são terminações nervosas livres dos neurônios aferentes primários (também denominados neurônios de primeira ordem), com alto limiar de excitação, capazes de captar estímulos lesivos. São encontrados em grande parte dos tecidos corporais do sistema somático ao visceral, incluindo o sistema músculo-esquelético, os dentes, sistema respiratório, as meninges, a pele, etc. Os nociceptores podem ser divididos segundo o grau de mielinização de suas fibras, o tipo de estimulação que capta (mecânica, térmica ou química), ou segundo as características de sua resposta (Brenner, 2004; Prado, 2001; Sakata & Issy, 2004).

Segundo a mielinização os nociceptores podem ser divididos em duas classes: fibras rápidas e fibras lentas. As rápidas transmitem sinais de dor aguda, são fibras tipo A-delta, pouco mielinizadas e de condução mais veloz, variando entre 6 a 30 m/s (Brenner, 2004; Guyton & Hall, 2006; Prado, 2001); 2 a 30m/s (Sakata & Issy, 2004); 25-50 m/s (Teixeira, 2009). Já as fibras lentas transmitem sinais de dor crônica, são amielínicas, tipo C, e apresentam velocidade de condução de aproximadamente 2m/s (Brenner, 2004; Prado, 2001; Sakata & Issy, 2004; Teixeira, 2009).

Como referido acima, os nociceptores também podem variar de acordo com o tipo de estímulo detectado, classificados em: mecanoreceptores, termoreceptores e polimodais. Os mecanoreceptores são sensíveis a estímulos mecânicos intensos (ativados por pressão intensa sobre a pele), os termoreceptores são sensíveis a temperaturas extremas de frio ou calor lesivas (temperaturas menores que 5°C e maiores que 45°C), e os polimodais detectam tanto estímulos mecânicos, térmicos como químicos lesivos (Brenner, 2004; Basbaum & Jessel, 2003; Prado, 2001; Sakata & Issy, 2004).

Os receptores que captam estímulos químicos podem ser ativados por diversas substâncias químicas denominadas algio gênicas, entre elas: Íons (potássio e hidrogênio), bradicinina, acetilcolina, histamina, serotonina, leucotrienos, substância P, fator de ativação plaquetário, purinas, radicais ácidos, prostaglandinas, tromboxanas (TBX A) interleucinas, fator de necrose tumoral, fator de crescimento nervoso, adenosina monofosfato cíclica, trifosfato de adenosina, péptides e lípidos e outras mais (Rocha et al, 2007; Sakata & Issy, 2004; Teixeira, 2006).

O primeiro passo da transmissão do estímulo doloroso é a transdução (Decosterd & Woolf, 2004; Kandel, 2003; Sakata & Issy, 2004), processo que consiste na transformação de estímulos externos captados pelo receptor em um potencial de ação disparado em um neurônio aferente primário. A partir daí o potencial de ação conduz a transmissão nervosa pelo SNP até o SNC [Figura 1] (Decosterd & Woolf, 2004; Kingsley, 2001; Kandel, 2003; Sakata & Issy, 2004).

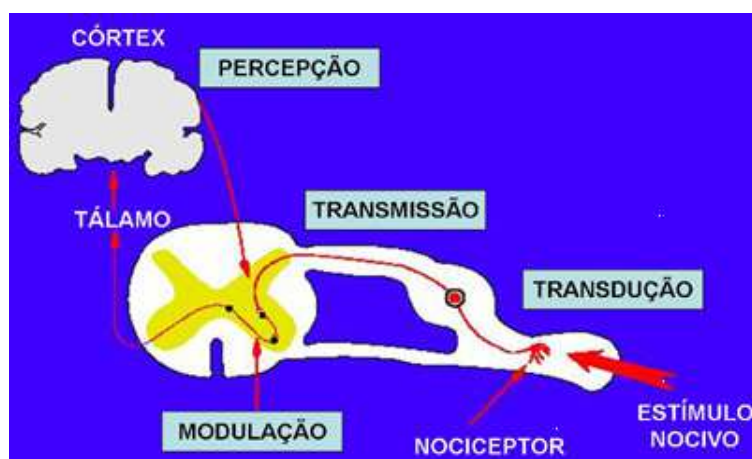


Figura 1. Caminho da dor. O estímulo nocivo é captado pelo nociceptor, 2 - ocorre o processo de transdução, 3 - o estímulo é transmitido para medula, 4 - pode ocorrer modulação no CPME, 5 - estímulo é transmitido para o SNC onde ocorre a percepção. Disponível em: <http://www.dol.inf.br/Html/CompreendendoDor.html>

O neurônio aferente primário (NAP) conduz o impulso nervoso até a medula espinhal (ou para o tronco encefálico caso o estímulo seja conduzido pelos nervos cranianos, oriundos da cabeça ou do pescoço) penetrando no Corno Posterior da Medula Espinhal (CPME) através do trato de Lissauer, localizado posterolateralmente. O CPME é composto por dez lâminas divididas por diferenças histológicas, denominadas lâminas de Rexed de I-X. O NAP ao penetrar no CPME faz sinapse nas lâminas de Rexed (Brenner, 2004); as fibras A-delta terminam nos neurônios das Lâminas I, II, V e X enquanto que as fibras C terminam nos neurônios da Lâmina I, II e V (Cavalcante, 2005).

A partir daí a informação nociceptiva segue pelo CPME e faz sinapse com o neurônio de segunda ordem seguindo pelas vias ascendentes do SNC, ou pode sofrer inibição por ação de mediadores bioquímicos, chamados neurotransmissores (Teixeira, 2006).

Duas vias de transmissão nervosa da dor são descritas como sendo as mais importantes: o trato neoespinotalâmico e o paleoespinotalâmico [Figura 2] (Prado, 2001; Guyton & Hall, 2006). Os termos paleoespinotalâmico e neoespinotalâmico têm uma conotação filogenética. O trato paleoespinotalâmico é o mais antigo filogeneticamente,

enquanto que o neoespinotalâmico, como o próprio termo já sugere, seria o mais recente filogeneticamente (Ekman, 2004; Guyton & Hall, 2006).

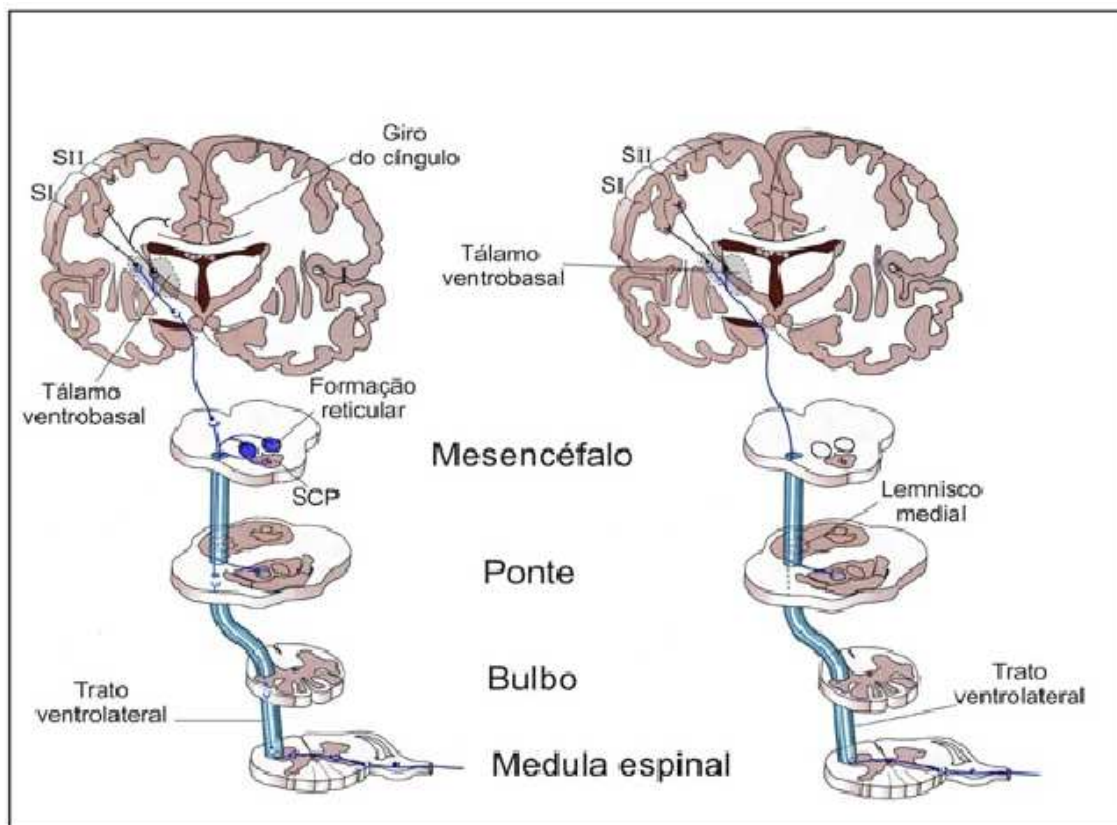


Figura 2. Vias de condução da dor. À esquerda está representado o córtex somatossensorial de condução lenta, a via paleo-espinotalâmica. À direita está representado o córtex somatossensorial de condução rápida, a via neo-espinotalâmica, com poucas conexões sinápticas. Estas vias ascendem pelo trato ventro-lateral, fazem sinapses no tálamo e alcançam o córtex sensorial (áreas SI e SII). Observe as múltiplas conexões da via paleo-espinotalâmica com a formação reticular e áreas límbicas, como a substância cinzenta periaquedutal (SCP) e giro do cíngulo. Adaptado de: “Mecanismos básicos e aspectos motivacionais da dor,” por L. Brandão (s.d.), *As bases biológicas do comportamento: introdução à neurociência* (p.149). Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/53251527/97/AS-VIAS-NEU-RAIS-DA-DOR>

O neoespinotalâmico é a via mais importantes de condução rápida da dor, transmite a primeira dor, a dor aguda (Sakata & Issy, 2004). É composto por fibras A-delta (Sakata & Issy, 2004), destinam-se as lâminas I e V que ascendem pela medula espinhal até o tálamo ventral pósterio-lateral e porção medial do tálamo posterior (Prado, 2001). Projeta-se para o

córtex somatossensorial (Sakata & Issy, 2004) e áreas de Brodman 1,2 e 3, proporcionando então a possibilidade de localização da lesão de forma mais precisa (Basbaum & Jessell, 2003).

A via paleoespinotalâmica é uma via de condução lenta da dor, composta por fibras tipo C, faz sinapse com o sistema límbico e região medial do tálamo projetando-se de forma difusa para o córtex (Sakata & Issy, 2004). A informação transmitida pelo trato paleoespinotalâmico é mal localizada e de forte conotação afetiva, são responsáveis também pelas respostas reflexas autonômicas e endócrinas e pelos componentes afetivos e motivacionais da dor, estando relacionadas à dor crônica. Entre as vias de condução lenta estão os tratos espinomesencefálico e espinoreticular (Ekman, 2004; Guyton & Hall, 2006; Prado, 2001; Sakata & Issy, 2004).

As vias paleoespinotalâmicas projetam-se para os núcleos do complexo ventrobasal, núcleo contralateral e núcleos intralaminares do tálamo e seus colaterais, na formação reticular bulbo, ponte e mesencéfalo, incluindo o núcleo gigantocelular, paragigantocelular e substância cinzenta periaquedutal mesencefálica. O espinoreticular vai para o tálamo, tálamo ventral e hipotálamo; parece estar envolvido nos fenômenos do despertar e contribui para a ocorrência das manifestações emocionais, afetivas e neurovegetativas associadas à dor (Brenner, 2004; Cavalcante, 2005; Teixeira, 2006). O espinomesencefálico projeta-se na formação reticular mesencefálica contralateral da substância cinzenta periaquedutal e o teto mesencefálico. As fibras do trato espino-ponto-amigdaliano projetam-se para o complexo amigdaliano do lobo temporal, estão envolvidas com medo, memória, reações neurovegetativas, comportamentais dentre outras. O trato espinocervical projeta-se para o complexo ventro-basal do tálamo, formação reticular do tronco encefálico e diencéfalo. As fibras do trato gigantocelular seguem para núcleo centromediano e parafascicular do tálamo (Teixeira, 2006).

Um trato também muito importante é o trato espino-hipotalâmico, nele trafegam informações nociceptivas e não nociceptivas para estruturas diencefálicas, como o hipotálamo envolvido em funções autonômicas como: apetite, regulação da temperatura e resposta ao estresse. Acredita-se na verdade que está envolvido em respostas neuroendócrinas e autônomas aos estímulos nocivos (Brenner, 2004; Cavalcante, 2005).

A via de dor rápida contém apenas três neurônios executando o processo de transmissão; um neurônio de primeira ordem (em cujo prolongamento periférico está o nociceptor), um neurônio de segunda ordem localizado no corno dorsal da medula espinhal que se projeta para o tálamo, e o neurônio de terceira ordem, que se projeta do tálamo para o córtex. A via de dor lenta apresenta o neurônio de primeira ordem, que transmite o impulso para o de segunda ordem como na via rápida; porém a partir de então o neurônio de segunda ordem na medula espinhal realiza várias conexões sinápticas com o tronco encefálico, o que torna o processo de transmissão mais difuso (Ekman, 2004).

O processamento central da dor e sua modulação dependem de uma integração complexa da rede neural. Este processamento pode ser dividido em quatro categorias:

- a) os componentes discriminativos que envolvem os córtices sensoriais primário (SI) e secundário (SII) que, por meio da integração, permitem a localização dos estímulos dolorosos, além da natureza e duração;
- b) o componente afetivo motivacional com integração complexa e envolvimento do sistema límbico e regiões paralímbicas (como o córtex cingular anterior e insular);
- c) o componente da memória da dor que envolve regiões como a ínsula;
- d) e o componente motor, provavelmente envolvendo a área motora suplementar na integração da resposta motora a dor (Brenner, 2004; Prado, 2001, Teixeira, 2009).

As informações nociceptivas chegam ao córtex através das projeções tálamo-corticais e formam dois sistemas de projeção: o lateral e o medial. As informações que advém do sistema lateral estão relacionadas ao aspecto sensitivo-discriminativo da dor, provendo informações de localização, modalidade e intensidade; são conduzidas principalmente para o Córtex Somatossensitivo Primário (SI) e Secundário (SII), conseqüentemente ligadas à primeira dor, à dor aguda (Oliveira & Silva, 2009).

As informações advindas do sistema talâmico medial estão relacionadas ao componente afetivo-motivacional da dor, conduzindo o estímulo para estruturas corticais como Sistema Límbico, Córtex Insular e Córtex Cingular Anterior. O Córtex Cingular em especial está envolvido na integração de respostas afetivas cognitivas e aspectos de expressão de comportamento social, sendo conseqüentemente ligadas a segunda dor, uma dor crônica (Oliveira & Silva, 2009).

A dor pode sofrer interferência em qualquer parte de seu processo de transmissão, podendo ter seu processamento alterado sob qualquer influência neural, ou pela interação destas influências desde o nível periférico ao central. Esse processo é denominado modulação (Cavalcante, 2005).

2.3.1 Modulação da dor

O efeito inibidor tônico da nocicepção é influenciado por muitos mecanismos, desde paradigmas comportamentais a atividades do SNP (Teixeira, 2006). Segundo Ekman (2004), a transmissão da informação nociceptiva pode ser modulada em cinco níveis diferentes:

a) a modulação pode ocorrer ao nível da periferia, com analgésicos não-narcóticos que diminuem a síntese de prostaglandinas, impedindo a sensibilização dos nociceptores;

b) modulação no CPME (importante local onde ocorrem processamento e integração das aferências dolorosas) por meio de neurônios inibitórios que liberam encefalinas ou dinorfinas;

c) modulação por núcleos supra-espinhais descendente do tronco encefálico, como a substância cinzenta periaquedutal do mesencéfalo (SCP), bulborostroventro medial, que inclui o núcleo magno da rafe (parte do sistema modulatório serotoninérgico) e o *locus ceruleus* (parte do sistema modulatório noradrenérgico);

d) sistema hormonal, envolvendo regiões hipotalâmicas, a glândula hipófise e a medula supra-renal, com a liberação de beta-endorfina (endorfina mais potentes com efeito duradouro de horas) e hormônio adrenocorticotrófico (ACTH);

e) por último, a nível cortical, com influências perceptuais de expectativas, excitação/atenção, distração e placebos.

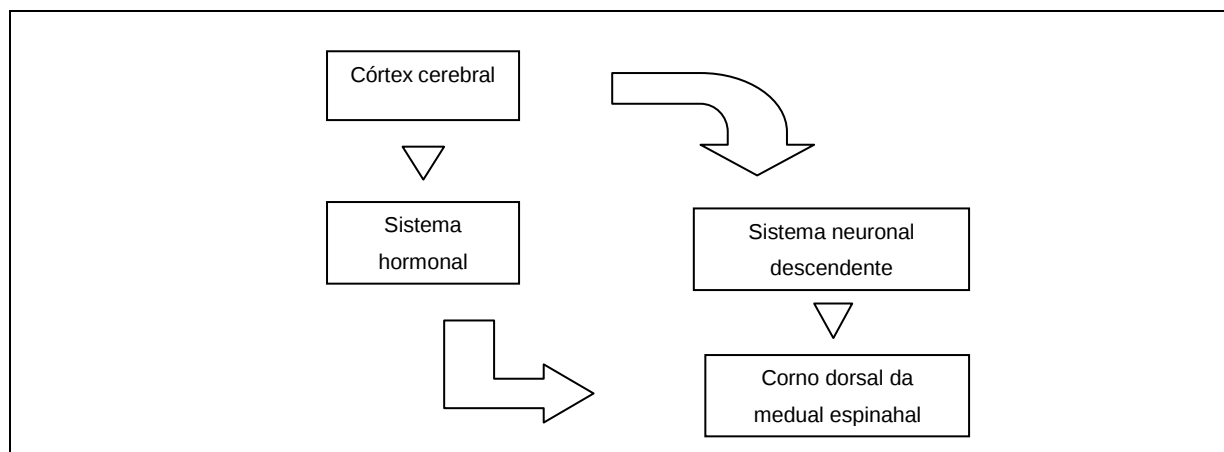


Figura 3. Fluxograma dos sistemas analgésicos supra-espinhais. A estimulação cortical cerebral ativa os sistemas neurais descendentes e hormonais, que inibem a transmissão de informações nociceptivas no corno dorsal. Adaptado de “Sensação somática: aplicações clínicas,” Por L. L. Ekman, 2004, *Neurociência: Fundamentos para a reabilitação*, p.126. Trad. Mundim, F.D.; Rio de Janeiro, RJ: Elsevier.

Ao nível do CPME, estímulos não-nociceptivos das fibras mecanoceptivas mielinizadas (A-beta), concorrem pelas mesmas vias aferentes que o estímulo nociceptivo.

As fibras mielinizadas ativam interneurônios presentes no CPME que produzem função inibitória sobre as vias não mielinizadas de dor (fibras C), a transmissão mecanoceptiva é priorizada inibindo a transmissão do estímulo nociceptor (Ekman, 2004; Melzack, 1973; Sardá, Cruz & Jablonski, 2005).

A modulação central da dor é a atividade neural descendente dos sistemas supraespinhais de vários centros cerebrais, inclusive alguns já citados (córtex somatossensitivo, hipotálamo, córtex do cíngulo e áreas do troco encefálico - *locus coeruleus*, SCP e núcleo magno da rafe). As fibras nervosas provenientes dessas regiões descendem pelo funículo dorsolateral da medula e projetam-se no CPME exercendo ação antinociceptiva por meio de três sistemas: adrenérgicos, serotoninérgicos e pelos receptores opióides (Cavalcante, 2005; Ekman, 2004).

O sistema opióide provoca uma analgesia descendente por meio dos precursores pró-opiomelanocortina, pró-enkefalina e prodinorfina e dos peptídeos beta-endorfina, metencefalina, leuencefalina e dinorfina. Essas substâncias podem ser encontradas nas amígdalas, no hipotálamo, SCP, na Rafe Magna e no CPME (Cavalcante, 2005; Ekman, 2004).

O sistema noradrenérgico tem seus neurônios localizados no *locus coeruleus*, em áreas do bulbo e da ponte, sendo capazes de provocar analgesia por liberação de noradrenalina no CPME (Brenner, 2004; Oliveira & Silva, 2009) inibindo a atividade espinotalâmica (Ekman, 2004).

No sistema serotoninérgico os neurônios provenientes dos núcleos da rafe liberam serotonina no CPME inibindo a transmissão do impulso nociceptivo tanto diretamente, como por ação de interneurônios (Brenner, 2004; Oliveira & Silva, 2009). Segundo Prado (2001), o sistema serotoninérgico envolve ativação de neurônios opióides intrínsecos da medula

produtores de encefalina e dinorfina que impedem a transmissão do estímulo do neurônio aferente primário para a medula.

O sistema serotoninérgico e o adrenérgico podem ser ativados por aferências provindas da SCP projetadas sobre o bulbo rostroventromedial (incluindo o núcleo magno da rafe) e sobre o *locus coeruleus* (Oliveira & Silva, 2009). Inclusive em situações de medo e estresse a SCP pode ser estimulada por informações provindas da amígdala e do hipotálamo ativando estes sistemas antinociceptivos. Ocorrendo também em situações de exercício intenso, quando o controle da dor torna-se necessário por um valor adaptativo (Oliveira & Silva, 2009).

No CPME existem receptores para cada neurotransmissor e outras substâncias ainda não descobertas (Cavalcante, 2005). Os neurotransmissores têm função excitatória ou inibitória, e podem ser liberados no corno dorsal da medula espinhal pelas fibras aferentes primárias, pelos interneurônios e pelo sistema descendente (Brenner, 2004; Cavalcante, 2005), ou mesmo atuar no SNC por estimulação no NAP (Prado, 2001).

Dentre os neuromediadores excitatórios podem ser citados os aminoácidos excitatórios glutamato (principal neurotransmissor excitatório liberado pelas fibras Ad e C), aspartato, os neuropeptídeos como a substância P(SP), o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP), o fator de crescimento neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) (Brenner, 2004; Cavalcante, 2005), a neurocinina A, a colecistocinina, a nociceptina e o peptídeo intestinal vasoativo (Prado, 2001).

E entre os inibitórios, os opióides endógenos como encefalina e β -endorfina, ácido gama-aminobutírico, glicina (Brenner, 2004; Cavalcante, 2005), as dinorfinas, além da somatostatina e galanina (Prado, 2001). Além dos principais inibidores já a serotonina, noradrenalina e acetilcolina (Sakata & Issy, 2004).

A Teoria do Portal da Dor propôs que a dor além do input sensorial sofre influência de fatores motivacionais e cognitivos. Os processos de atenção, ansiedade e sugestão influenciam a transmissão sensorial (Melzack, 1973). Além dessas influências perceptuais citadas fatores como expectativas, efeito placebo (Teixeira, 2009), percepção de uma ameaça, atitudes e crenças (Florin & Mourin, 2009) atuam diretamente sobre a percepção da dor modificando atividades do sistema cortical e modulando a dor (Florin & Mourin, 2009; Teixeira, 2009). Esse processamento ocorre em estruturas como córtex SI, córtex cingular anterior e insular, córtex SII e sistema límbico (Oliveira & Silva, 2009; Teixeira, 2009).

Os aspectos psicológicos que envolvem a modulação descendente da dor serão explicitados de forma mais detalhada no capítulo seguinte.

2. 4 AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

2.4.1 Avaliação

A avaliação do paciente com dor crônica deve ser cuidadosa, com a realização de uma boa anamnese, exame físico com localização detalhada, informações sobre a qualidade, severidade ou intensidade, periodicidade e duração da dor, além de concomitâncias afetivas - sofrimento (Loeser, 2009). Devem ser realizados exames complementares e avaliação da condição biopsicossocial, focalizando o problema atual e permitindo a escolha de uma terapêutica adequada (Slezak & Hacobian, 2004; Vlainich, 2004).

O paciente com dor crônica em geral apresenta fadiga e encontra-se nervoso, por isso, a anamnese deve ser privativa e realizada em ambiente confortável (Loeser, 2009). É importante lembrar que o paciente já se submeteu a diversos tratamentos e prováveis fracassos, o que atrapalha a relação de confiança terapeuta-paciente e dificulta a adesão a um

novo tratamento. Uma atenciosa e completa avaliação é primordial ao estabelecimento de uma relação de confiança e conseqüente adesão ao tratamento. Falsas esperanças de cura devem ser evitadas; a terapia da dor crônica tem por objetivo melhorar a condição do paciente aliviando a dor, melhorando o humor, apetite, autoconfiança e relações familiares (Yeng, Teixeira, Ribeiro & Samuelian, 2006; Vlainich, 2004; PAIN, 2003).

A história clínica detalhada é a parte mais importante da avaliação (Ferreira, 2001; Loeser, 2009; Slezak & Hacobian, 2002; Vlainich, 2004), na anamnese deve-se dar atenção à história da dor, história médica passada, história psicológica e psicossocial e familiar (Loeser, 2009). A busca de informações sobre o mecanismo fisiopatológico da dor, sobre o estado emocional e psicológico do paciente deve incluir perguntas sobre as atividades cotidianas, a identificação das estratégias de enfrentamento do doente e da família (Angelotti & Sardá, 2005; Pimenta, 1999).

O profissional deve ouvir o relato do paciente com atenção, utilizando uma linguagem simples objetivando obter informações detalhadas sobre a localização da dor, distribuição, qualidade, intensidade, e características temporais, além dos fatores que geram alívio e piora, como também, os que não interferem na mesma (Hacobian, 2002; Loeser, 2009; Slezak & Vlainich, 2004). Um diário do paciente pode fornecer muitas informações valiosas em relação a atividades diárias, ao uso da medicação, a intensidade da dor e a qualidade do sono (Vlainich, 2004).

Os antecedentes pessoais são fundamentais na escolha da estratégia de tratamento, o profissional deve interrogar a respeito de cirurgias anteriores, seqüelas e alergias; e também obter informações a respeito dos tratamentos anteriores realizados como: fisioterapia, massoterapia, acupuntura e medicamentos (antiinflamatórios, antidepressivos, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes e neurolépticos). O tratamento atual deve ser anotado

com detalhes; um bom acompanhamento pode garantir uma melhor eficácia terapêutica (Slezak & Hacobian, 2002).

O exame físico deve constar de uma avaliação física geral (Calia & Vieira, 2001; Vlainich, 2004) sendo mais avaliados o sistema neurológico e o sistema músculo-esquelético (Slezak & Hacobian, 2002). É um processo dispendioso e demorado que deve constar também de uma avaliação clínica da capacidade funcional do paciente. Após realização da inspeção geral, a inspeção local deve anteceder o restante da avaliação, pois o paciente tem expectativa que o exame tenha início pela região de dor (Loeser, 2009). A inspeção no local da dor deve fornecer conteúdo sobre a história da dor juntamente com os sinais avaliados por testes especiais, percussão e palpação (Calia & Vieira, 2001; Vlainich, 2004). A palpação no lado contralateral ao da região lesionada (o lado “são”) ajuda a fornecer informações a respeito da sensibilidade a estímulos nocivos e não-nocivos, e sobre a intensidade da dor (Vlainich, 2004).

As expressões faciais do paciente demonstrando dor variam de indivíduo para indivíduo, deve-se ainda observar a presença de outras manifestações de dor como rubor e palidez, suor, dilatação pupilar, lágrimas, tremores, tensão muscular ou aparência ansiosa, amedrontada ou deprimida (Loeser, 2009). Dentre as alterações autonômicas que podem ocorrer com a dor, além das já citadas sudorese e rubor, têm-se a taquicardia, a elevação da pressão arterial, o espasmo muscular e até irradiação da dor para território de nervo periférico (Vlainich, 2004).

O exame neurológico deve ser realizado em todo o paciente independentemente do tipo de dor ou região acometida (Loeser, 2009), primeiro avaliando a função dos nervos cranianos e as funções dos nervos espinhais e do neuroeixo (avaliando a sensibilidade do tronco, abdômen e membros, a função motora com teste de força muscular, os reflexos miotáticos, o teste de Babinski, coordenação e equilíbrio, teste de Romberg). Em seguida, a

função do sistema nervoso simpático (avaliando atividades vasomotoras, sudomotoras e pilomotoras).

E por fim uma avaliação da função cerebral observada no decorrer da própria avaliação, analisando a orientação espaço temporal, localização, personalidade, memória, função parietal sensorial, linguagem, movimentos coordenados e humor verificando se apresenta ansiedade e/ou depressão (Loeser, 2009; Slezak & Hacobian, 2002; Vlainich, 2004). O exame sensorial deve ser realizado antes que o paciente esteja cansado, pois o mesmo deve estar alerta, relaxado e informado para se obter resultados confiáveis (Loeser, 2009).

O exame músculo-esquelético é realizado na busca de alterações funcionais do próprio sistema. O exame inclui avaliação postural na busca de desvios de coluna, deformidades, desalinhamento de articulações e membros; avaliação da marcha; avaliação do trofismo muscular com observação de volume, contornos e teste de força muscular sempre comparando um lado do corpo com o outro para ter referência. Também se deve realizar palpação de tecidos moles, estruturas ósseas, articulações, verificando edema, temperatura, coleções líquidas, solução de continuidade, crepitações, estalidos ou sensibilidade; e avaliação da amplitude de movimento dos membros e coluna (Slezak & Hacobian, 2002; Vlainich, 2004).

Como já explícito anteriormente, é consenso hoje na literatura que estruturas fisiológicas, variáveis emocionais e aprendizagem social interferem no processo da dor (Melzack, 1973; IASP, 1994). Por isso, faz-se importante no processo de investigação da dor durante a avaliação saber a respeito da aprendizagem e experiência na infância, aspectos laborais, história da doença atual (Hda), pregressa e familiar, utilização de medicação, alimentação, estrutura de personalidade, afetividade, ganhos secundários, imagem corporal,

representações, expectativas e crenças, uma vez que são fatores de instalação e manifestação da dor crônica (Angelotti & Sardá, 2005).

Existem dificuldades para mensurar a dor devido ao fato de ser um fenômeno subjetivo, individualizado e complexo; não existe um instrumento-padrão que permita avaliar objetivamente a dor (Sousa, Pereira & Hortense, 2009; Yeng et al., 2006). As informações obtidas na avaliação da dor são indiretas, informações que representam a interpretação do indivíduo sobre a experiência e o que o paciente deseja que seja informado; não existem métodos diretos que demonstrem o tipo de medida nociceptiva da dor (Angelotti & Sardá, 2005).

Os instrumentos desenvolvidos têm intuito de facilitar a comunicação com o doente e comparações individuais ou em grupos, auxiliando na compreensão sobre a experiência algica, os efeitos na vida do doente e auxiliando no diagnóstico e tratamento (Pimenta, 1999). Para tanto, são utilizados métodos unidimensionais e multidimensionais. Algumas escalas ainda consideram aspectos fisiológicos, comportamentais, contextuais e auto-registro por parte do paciente (Sousa et al., 2009).

As escalas unidimensionais avaliam a dor unicamente pela sua intensidade, as Escalas Visuais Analógicas (EVA), Gráficas verbais e Alfanuméricas são as mais utilizadas para descrição subjetiva de sentimentos, diferenciando-se no modo de apresentação devendo ser utilizada no início e final de cada consulta.

- Escalas Gráficas verbais que utilizam descritores específicos como, por exemplo, nenhuma dor, dor fraca, dor moderada e severa;

- Escalas Alfanuméricas que consiste em uma série de números variando de 0 a 10, onde o zero representa ausência de dor, e o dez a pior dor possível;

- Escala Analógica Visual (EAV) ou escala visual analógica (EVA) representada por uma linha horizontal de 10 cm de comprimento indicando em seus extremos as palavras

“sem dor” e “dor tão severa quanto possível” (ou “intolerável” ou ainda “pior imaginável”). Nesta avaliação o paciente circula um ponto na linha apresentada entre as palavras e o avaliador usa uma régua para classificar em centímetro a nota dada à dor (Angelotti & Sardá, 2005; Murta, 1999; Sousa et al., 2009; Yeng et al., 2006).

Estes registros servem para guiar o tratamento, propor metas específicas para cada paciente e identificar seu progresso (Angelotti & Sardá, 2005). São facilmente completadas, e apresentam dados confiáveis em muitas investigações, porém por tratar a dor em uma dimensão unitária simples são vulneráveis a várias tendências escalares incluindo o uso repetido da mesma categoria ou relembrando uma resposta anterior como um efeito teste-reteste (Sousa et al., 2009).

O modelo multidimensional de avaliação da dor adota as dimensões: sensório-discriminativa, motivacional-afetiva, e cognitivo-avaliativa. A primeira refere-se a componentes físicos da dor e a nocicepção por meio de estímulos eliciadores do processo, os aspectos mecânicos, térmicos e espaciais. A segunda dimensão, motivacional-afetiva, refere-se à interpretação da dor envolvendo aspectos relacionados a respostas neurovegetativas como a tensão, o medo, a punição, entre outros sentimentos.

E a dimensão cognitivo-avaliativa refere-se a aspectos de compreensão da experiência nociceptiva, o valor que o indivíduo atribui ao evento a partir de características sensoriais e afetivas em função de experiências anteriores, do significado da situação, da representação dos sintomas e mais aspectos cognitivos. As três dimensões devem abordar as três questões centrais: extensão ou magnitude da doença ou sintoma; como a dor interfere na vida do paciente e que limites impõe; e quando e como os sintomas podem estar sendo alterados por aspectos sociais, emocionais ou comportamentais (Angelotti & Sardá, 2005; Castro, 2001; Pimenta & Teixeira, 1996).

Como instrumentos multidimensionais têm-se o Questionário McGill Multidimensional da Dor, o Questionário de Estratégias de Enfrentamento da Dor – QEED, a Escala de Descritores Diferenciais, o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota, o *Behavioral Assessment of Pain*, o Inventário de Depressão de Back, o *Eysenck Personality Test*, o Inventário de Atitude frente à dor - IAD-breve, o *Pain Patient Profile*, o *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* – WHYMPI, *Memorial Pain Assessment Card* (MPAC), *Meaning of Illness Questionnaire*, o *Brief Pain Inventory*, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*.

Os dois primeiros instrumentos citados são muito utilizados na avaliação da dor crônica, o Questionário McGill Multidimensional da Dor de Melzack e Torgerson (1971, citado por Melzack, 1973) é o mais citado na literatura, se mostra sensível na avaliação de diferentes terapias de analgesia e também muito eficaz em discriminar tipos específicos de dor (Sousa et al., 2009). E o *Coping Strategies Questionnaire* – CSQ de Rosentiel e Keefe (1983citado por Keefe et al. 2005) é utilizado para avaliar as estratégias de enfrentamento da dor, muito associado à aplicação de Terapia cognitivo comportamental. Ambos serão mais bem detalhados no capítulo seguinte por serem formas de acessar os significados e o enfrentamento do doente crônico em relação à dor.

Um questionário alternativo ao de McGill é o *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*. Dividido em três sessões: a primeira composta por cinco dimensões genéricas da experiência e do sofrimento da dor, sua interferência na vida social, profissional e familiar; segunda parte avalia a percepção do paciente para fatores que desencadeiam a dor; e a terceira avalia a frequência do seu envolvimento em atividades rotineiras (Ferreira, 2001).

A Escala de Descritores Diferencias foi construída baseada em técnicas psicofísicas para mensurar os componentes de intensidade e afetivo-hedónico da dor, com propriedades escalares em nível de razão (Sousa et al., 2009).

Ainda para avaliar a dor, Ferreira (2001) citou o *Memorial Pain Assessment Card* (MPAC) que avalia a dor, os fatores de alívio da mesma, e o estado afetivo (o humor por meio de uma escala analógica visual). Outro instrumento muito utilizado na avaliação de paciente com dor é o *Beck Depression Inventory* (BDI) que verifica sintomas depressivos em pacientes com dor crônica.

Na avaliação das alterações cognitivas dos pacientes com dor crônica tem-se o *Meaning of Illness Questionnaire* e o *Brief Pain Inventory* dirigido para pacientes com câncer e artrite avaliando de forma multidimensional. O psiquismo pode ser avaliado pela personalidade, por meio do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI); após uma revisão em 1989 o MMPI foi substituído pelo MMPI-2 que tem utilidade para prever resultados verdadeiros. Para avaliar o perfil do paciente, Pilowsky sugeriu o uso do *Illness Behavior Assessment Schedule* (IBAS) e com fim de avaliar atitudes e sentimentos do paciente com relação à patologia e os afetos, desenvolveu o *Illness Behavior Questionnaire* (IBQ). Mumford (1992) cita ainda os instrumentos *Hospital Anxiety and Depression* (HAD) e o *Bradford Somatic Inventory*.

A avaliação psicológica é importante para a abordagem do paciente com dor crônica. Busca verificar o impacto da dor na vida do doente (Yeng et al., 2006), suas repercussões, identificando o significado para sua vida e reconhecer o grau de motivação para seguir as condutas indicadas (Loduca & Samuelian, 2009). Para Angelotti & Sardá (2005) o principal objetivo da avaliação psicológica é detectar fatores emocionais e comportamentais que compliquem ou perpetuem a síndrome dolorosa.

A avaliação psicológica, segundo Loeser (2009), deve ser aplicada a todos os pacientes, pois se faz essencial para estabelecer o diagnóstico e traçar um plano de tratamento eficaz. Segundo Angelotti e Sardá (2005) os fatores norteadores que indicam necessidade de avaliação psicológica são:

- Sintomas e queixas apresentados maiores que os esperados pela avaliação clínica ou exames;
- Em caso de percepção ou dúvida sobre a presença de sintomas emocionais e ou comportamentais;
- Pacientes que fazem uso excessivo de planos de saúde;
- Sintomas ou dores que persistem por muitos anos;
- Evidências de estratégias de enfrentamento inadequadas ou não efetivas do paciente.

O psicólogo é de grande importância para a adesão do paciente ao tratamento e sua eficácia, especialmente em casos que apresentam dor rebelde, estresse psicológico, incapacidade funcional desproporcional aos achados clínicos, adoção de comportamentos dolorosos, uso excessivo dos serviços de saúde, de medicamentos ou álcool e ganhos secundários (Loduca & Samuelian, 2009).

A entrevista psicológica objetiva identificar focos de sofrimento, os conflitos psíquicos relacionados à dor física e à psicodinâmica individual. O profissional deve analisar cuidadosamente, além dos pontos de avaliação anteriormente citados, a auto-imagem, a afetividade, a cognição, o cotidiano e o projeto de vida (Loduca & Samuelian, 2009).

Os testes psicológicos, técnicas projetivas e os diários de dor permitem compreender a subjetividade do paciente não acessada pelas descrições verbais e escrita (Angelotti & Sardá, 2005; Yeng et al., 2006). A escolha de uma única técnica ou avaliação de uma única dimensão não seria eficaz, porém a escolha das técnicas utilizadas vai depender do objetivo

da avaliação levando-se em conta a fidedignidade e a validade das técnicas (Angelotti & Sardá, 2005).

Técnicas projetivas são semelhantes aos testes psicológicos e têm a vantagem de fornecerem informações qualitativas em um nível pré-consciente e inconsciente. Contudo existem problemas em sua padronização, fidedignidade, normatização, aferição e a existência de poucos estudos nas populações com dor crônica (Angelotti & Sardá, 2005).

A técnica de Associação Livre foi definida por Abric (1994) como uma técnica projetiva, que apresenta um caráter espontâneo, menos controlado das respostas. A dimensão projetiva a essa produção permitir o acesso aos elementos que constituem o universo semântico do termo ou do objeto estudado de maneira mais fácil e rápida do que, por exemplo, em uma entrevista (Sá, 1998).

Outra técnica projetiva utilizada é o Retrato da Dor, por minimizar os recursos de racionalização do sujeito permite a obtenção de informações importantes em um curto espaço de tempo, trazendo conteúdos latentes, faz com que o paciente se comprometa com o trabalho permitindo o reconhecimento da influência de fatores psicológicos na percepção da dor (Loduca & Samuelian, 2009).

O diário de dor é uma técnica que avalia a intensidade, frequência e a dimensão comportamental da dor. O paciente faz anotações diárias de suas atividades, da intensidade da dor durante o dia, consumo de medicação, humor, enfrentamento das dificuldades relacionadas à dor (Loduca & Samuelian, 2009;) bem como fatores que interferem na dor e, por consequência, na resposta comportamental (Angelotti & Sardá, 2005; Murta, 1999).

Na terapia cognitivo-comportamental é utilizado o Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais- RDPD, registros simples sobre o que o sujeito faz diariamente que procuram identificar pensamentos disfuncionais, emoções correspondentes e também respostas racionais como tentativa de estratégias de enfrentamento (Angelotti & Sardá, 2005).

A entrevista semi-estruturada é frequentemente a técnica mais utilizada na avaliação, tal abordagem permite uma boa compreensão da história do sujeito, de sua singularidade, subjetividade, nuances e peculiaridades; porém não é uma boa técnica para estabelecer padrões e comparações entre indivíduos ou grupos (Angelotti & Sardá, 2005).

Testes psicológicos têm caráter quantitativo e buscam compreender de forma objetiva determinadas variáveis, traços e estados emocionais. É de fácil comparação entre indivíduos e exigem pouco tempo para aplicação. Em casos de pacientes crônicos é necessário comparar os resultados com outros portadores de doença crônica, devido ao fato de determinados níveis de ansiedade, depressão e somatização poderem interferir no quadro de dor (Angelotti & Sardá, 2005).

Inúmeros instrumentos podem ser utilizados para avaliar a dor, ressaltando que todos têm a função de auxiliar no tratamento da dor em busca de alívio e cura, sendo essencial para um tratamento eficaz uma boa avaliação que direcione adequadamente o tratamento.

2.4.2 Tratamento da dor crônica.

O tratamento da dor deve objetivar o controle dos sintomas, fornecer suporte ao doente e promover a qualidade de vida (Ferreira & Teixeira, 2009; Barros, 2001). O tratamento da dor crônica deve basear-se na extinção da causa do sofrimento, porém a situação é um pouco mais complexa, pois, em geral, o processo inicial de lesão não se faz presente (Ferreira, 2001; Teixeira & Teixeira, 2006).

Hoje é consenso a necessidade de uma intervenção interdisciplinar no tratamento da dor crônica (Castro, 2009; Calia & Vieira, 2001; Corrêa & Pimenta, 2005; PAIN, 2002; Teixeira & Teixeira, 2006) devido aos inúmeros aspectos envolvidos no processo de dor, ampliando com isso as chances de uma resposta analgésica positiva.

Faz-se necessário, além do alívio dos sintomas, algumas mudanças no comportamento do doente, incluindo modificações nos componentes cognitivos e afetivos através de programas educativos (Ferreira, 2001; Martins, Dulcci & Pimenta, 2005).

As modalidades terapêuticas que têm demonstrado melhor efeito são aquelas que geram modificações no estilo de vida do paciente, retirando o foco central da dor e redirecionando a atenção para outros focos, inclusive redescobrimdo fontes de lazer e prazer, modificando o papel do indivíduo no meio social e familiar, elevando sua auto-estima e permitindo o controle de sua vida (Ferreira, 2001).

A educação, o ajuste das expectativas e modificação das crenças disfuncionais pode gerar uma mudança no processo doloroso advindos de regiões corticais como tálamo, sistema límbico e tronco cerebral (Martins, Dulcci & Pimenta, 2005; PAIN, 2003).

Na doença crônica faz-se importante reconhecer que não há de se esperar curas repentinas, mas um auxílio ao paciente no manejo da dor e um melhor nível de funcionamento, levando em consideração as diferentes causas da inicialização do problema (Ferreira, 2001; PAIN, 2003).

As terapias medicamentosas baseadas em analgésicos têm se mostrado eficazes e são os medicamentos mais utilizados, seguidos dos antidepressivos, indicados para dor crônica, neuropatia, transtorno do humor e ansiedade. O corticóide é indicado para dor neuropática; como também os anticonvulsivantes (como a carbamazepina). As butirofenonas são utilizadas para dor intensa, confusão mental aguda, náusea e vômito. E os psicoestimulantes (anfetamina) são utilizados para potencializar o efeito dos opióides (Corrêa & Pimenta, 2005; Ferreira, 2001; Ferreira & Teixeira, 2009).

Os antidepressivos bloqueiam a recapturação de serotonina e/ou noradrenalina da membrana neuronal pós-sináptica, elevando a disponibilidade destes neurotransmissores. A utilização de antidepressivos com fins analgésicos exige um período menor para fazer efeito

de 2-7 dias, enquanto para fins antidepressivos o período é de 5-21 dias e também uma dose menor de 50-70% da utilizada como antidepressivo.

Efeitos colaterais podem surgir, efeitos colinérgicos, adrenérgicos e autonômicos como boca seca, visão borrada, hipotensão ortostática, constipação intestinal e ganho de peso, e casos raros de surtos maníacos. Alguns antidepressivos têm efeitos colaterais menores, como os inibidores de recaptura seletiva de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina). São drogas que requerem uso por semanas ou meses sem interrupção (Ferreira, 2001).

Muitas vezes a resposta ao tratamento da dor crônica é ineficaz. Pode ocorrer devido a uma falha no reconhecimento da etiologia da dor, e conseqüente erro diagnóstico, ou por escolha de tratamento inadequado, como também um não desenvolvimento do contato realístico entre o médico, o paciente e seu grupo familiar (Ferreira, 2001; Yeng, Kaziya & Teixeira 2001).

CAPÍTULO III - SIGNIFICADOS E SEMÂNTICA DA DOR

O referente capítulo trata dos significados relacionados à experiência algica, informação semântica empregada em forma de palavras nos relatos dos pacientes que podem ser acessada por instrumentos de auto-relato e objetivos de avaliação da dor. O significado reflete as próprias crenças do doente crônico em relação à dor. Seu processo de construção se dá no meio sócio-cultural, seguindo o texto uma explanação a respeito das crenças mais comumente envolvidas nos processo de dor crônica, suas inter-relações, como afetam a percepção da dor, sua adaptação e gerência do tratamento.

3.1 A LIGUAGEM DA DOR

A queixa de dor é a principal via de acesso à experiência algica do paciente. A dor é algo íntimo, que se torna público pela mobilização do paciente de um conjunto de expressões verbais e corporais representativos que indicam e representam a vivência dolorosa (Castro, 2001; Frutuoso & Cruz, 2004). É uma forma de partilhá-la, através da queixa de dor; o paciente além de descrevê-la, procura convencer o profissional de saúde que precisa de ajuda (Castro, 2001).

Segundo Castro (2001) “queixar-se de dor num ambiente clínico é fundamentalmente um ato interlocutivo que põe em jogo uma grande variedade de relações inter-humanas recíprocas, complementares e reversíveis entre os interlocutores” (p.5). As relações ocorrem no meio sócio-cultural; o ser humano por processos como aprendizagem e condicionamento aprende a empregar o uso da palavra dor associanda a um significado e a uma determinada situação (Frutuoso & Cruz, 2004).

As crianças quando se machucam aprendem a empregar a palavra dor por meio da influência das atitudes dos pais a respeito da dor. As atitudes em relação à dor vão sendo adquiridas na experiência e são levadas para a vida adulta (Frutuoso & Cruz, 2004; Melzack, 1973). Um adulto, baseado na experiência anterior, reconhece um determinado comportamento como expressão natural de dor e o substitui pelo uso da palavra. Desta forma um fenômeno individual e íntimo se torna também socialmente constituído (Castro, 2001).

A linguagem é mais do que descrever e comunicar algo, não se resume simplesmente à transmissão de informações, inclui um significado. Para o autor, o discurso da própria linguagem está posto na definição de dor da IASP, ao referir que a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos de uma lesão tecidual, destacando a utilização do termo “descrita”.

Os métodos de avaliação da dor podem ser divididos em três grandes categorias: medidas de respostas fisiológicas da dor, observações de comportamentos relacionados à dor e descrições verbais ou escritas da dor (Angelotti & Sardá, 2005).

Os instrumentos de auto-relato (verbal e escrito) são os mais adequados para avaliar a dor e seu impacto na vida dos sujeitos (Teixeira & Yeng, 2006). Descrições verbais ou escritas são os métodos mais utilizados nesta investigação da dor (Frutuoso & Cruz, 2004; Lutufo, Santana, Wang, 2005). Na análise das queixas de dor deve-se considerar a situação e a relação estabelecida entre os interlocutores, que geralmente são baseadas nas imagens que os protagonistas dos discursos fazem de si. O sujeito que sofre de dor se comporta de forma característica, de acordo com uma avaliação subjetiva de uma experiência desagradável (Castro, 2001).

Por sua complexidade e inúmeros tipos, o processo de avaliação e descrição da dor torna-se difícil. Na busca de compreender a subjetividade da dor e acessar sua multidimensionalidade, podem ser utilizados diversos instrumentos de avaliação: escalas de

dor, entrevistas, questionários, testes psicológicos, técnicas projetivas e diários de dor (Angelotti & Sardá, 2005).

Dentre as escalas mais utilizadas para avaliação subjetiva da dor estão as Escalas Analógicas Visuais, Gráficas verbais e Alfanuméricas. A técnica campeã a ser utilizada na avaliação é a entrevista semi-estruturada, provavelmente por permitir uma melhor compreensão da história do sujeito, sua subjetividade, singularidade e peculiaridade.

Com relação aos instrumentos de avaliação que retratam os significados da dor dentro de sua multidimensionalidade podem-se citar: o Questionário dor McGill, o *Coping Strategies Questionnaire*, o *Behavioral Assessment of Pain*, o Inventário de Depressão de Back, o Inventário de Atitude frente à dor- IAD breve, o *Pain Patient Profile*, o *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventor*.

O instrumento de avaliação mais utilizado e que contém um amplo espectro de imagens significativas relacionadas é o Questionário para dor McGill (Figura 3.1). Foi desenvolvido por Melzack & Torgerson, 1971 e Melzack, 1975, adaptado para o Brasil por Teixeira e Pimenta (1996) e Castro (1999). É uma avaliação multidimensional da dor que tem por objetivo facilitar a comunicação terapeuta-paciente e fornecer medidas qualitativas de dor que podem ser tratadas estatisticamente (Angelotti e Sardá, 2005; Castro, 1999; Pimenta & Teixeira, 1996).

Inicialmente foi desenvolvido utilizando 102 palavras obtidas na literatura clínica sobre dor (Melzack, 1973); ao fim permaneceram 78 descritores verbais, divididos em 20 categorias que visam acessar as dimensões sensoriais, afetivas e avaliativas da dor.

A dimensão sensorial ou sensitivo-discriminativa avalia aspectos temporo-espaciais, mecânicos (pontada, incisional, constrição e tração), térmicos e a vividez da dor. A dimensão afetiva ou afetivo-motivacional envolve aspectos de tensão, respostas neurovegetativas, medo e punição. E a dimensão avaliativa, faz uma avaliação da situação

global do sujeito com base em características afetivas e sensoriais, experiências anteriores e no significado dado à situação (Angelotti & Sardá, 2005; Díaz, 2003; Ferreira, 2001; Melzack, 1973; Sousa et al., 2009).

Escolha dentre as expressões a que melhor descreve sua dor atual. Assinale no máximo uma expressão de cada grupo. Não assinale as palavras que não se aplicam.

Descritores: Sensitivos (1-10) Afetivos (11-15) Avaliativos (16) Miscelânea (17-20)

1 () 1-vibração () 2-tremor () 3-pulsante () 4-latejante () 5-como batida () 6-como pancada	6 () 1-fisgada () 2-puxão () 3-em torção	11 () 1-cansativa () 2-exaustiva	16 () 1-chata () 2-que incomoda () 3- desgastante () 4-forte () 5-insuportável
2 () 1-pontada () 2-choque () 3- tiro	7 () 1-calor () 2-queimação () 3-fervente () 4-em brasa	12 () 1-enjoada () 2-sufocante	17 () 1-espalha () 2-irradia () 3-penetra () 4- atravessa
3 () 1-agulhada () 2-perfurante () 3-punhalada () 4-facada () 5-em lança	8 () 1-formigamento () 2-coceira () 3-ardor () 4-ferroada	13 () 1-amedrontadora () 2-apavorante () 3- aterrorizante	18 () 1-aperta () 2-adormece () 3-repuxa () 4-espreme () 5-rasga
4 () 1-fina () 2-cortante () 3-estragalha	9 () 1-mal localizada () 2-dolorida () 3-machucada () 4-doída () 5-pesada	14 () 1-castigante () 2-atormenta () 3-cruel () 4-maldita () 5-mortal	19 () 1-fria () 2-gelada () 3-congelante
5 () 1-beliscão () 2-aperto () 3-mordida () 4-cólica () 5-esmagamento	10 () 1- sensível () 2-esticada () 3-esfolante () 4-rachando	15 () 1-miserável () 2-enlouquecedora	20 () 1-aborrecida () 2-da náusea () 3-agonizante () 4-pavorosa () 5-torturante

Figura 3.1 Questionário para dor McGill. Adaptado de: “Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação”, por C. A. M. Pimenta & A G. Portnoi, 1999, Em: Carvalho, M.M.M.J. *Dor: um estudo multidisciplinar* (p38). São Paulo, SP: Summus.

Na versão brasileira de Castro (1999) do *The McGill Pain Questionnaire* (MPQ), o Br-MPQ, foram acrescentados alguns outros tópicos para avaliação incluindo uma pergunta sobre como é a dor do paciente na intenção de recolher uma resposta espontânea do mesmo abrangendo melhor o significado da dor, para só então serem apresentados os descritores do instrumento.

O autor descreve detalhadamente a formação das quatro categorias principais e das 20 subclasses do Br-MPQ:

A primeira categoria é formada de palavras sensoriais e discriminativas, que possibilitam as pessoas perceberem as qualidades sensoriais temporais, espaciais, de pressão, calor, vivacidade ou surdez de uma estimulação dolorosa, discriminando os aspectos sensoriais da experiência dolorosa, descrevendo a impressão física da dor. É composta por 10 subclasses:

1) Temporal (que vai e vem - que pulsa - latejante - em pancadas) indica um espaço de tempo, um intervalo entre um estímulo doloroso e outro;

2) Espacial (que salta aqui e ali - que se espalha em círculos - que irradia) indica a área onde a dor é percebida pelo indivíduo, uma localização mais ou menos exata;

3) Pressão num ponto (pica como uma agulhada - é como uma fígada - como uma pontada de faca - perfura como uma broca) caracteriza dores que parecem de fora para dentro em uma região limitada;

4) Incisão (que corta como uma navalha - que dilacera a carne) são dores que assemelham-se a cortes incisionais, como se fossem instrumentos afiados rasgando a pele, dividindo o corpo em partes;

5) Compressão (como um beliscão - em pressão - como uma mordida - em câibra/cólica - que esmaga) refere-se a uma qualidade sensorial de aperto, como uma pressão

que parece reduzir o diâmetro de uma parte do corpo, geralmente são referências de câibras e cólicas;

6) Tração (que repuxa - que arranca - que parte ao meio) dores semelhantes a uma disputa de forças oposta, como um estiramento, uma torção ou uma separação em alguma estrutura orgânica;

7) Calor (que esquenta - que queima como água quente - que queima como fogo) sensações de queimação ou aquecimento;

8) Vivacidade (que coça - em formigamento - ardida - como uma ferroada) qualificação dada a dores freqüentemente intensas e momentâneas, associadas a partes do corpo extremamente sensíveis;

9) Surdez (amortecida - adormecida) representa dores mais indefinidas e constantes, as dores surdas;

10) Sensorial geral (sensível - dolorida - como um machucado – pesada) é um resumo da intensidade da dor e sua dimensão sensorial.

A segunda categoria é composta por palavras de conotação afetiva- motivacionais. Qualifica o sofrimento do sujeito perante a dor, um estado desagradável e penoso, traduzido por percepções de cansaço, sentimentos de medo, punição e reações autonômicas:

11) cansaço (que cansa - que enfraquece - fatigante - que consome), qualidades associadas a falta de força, exaustão física e mental, esgotamento advindo de uma dor intensa ou prolongada;

12) autonômica (de suar frio - que dá ânsia de vômito), são as reações vegetativas que a dor pode desencadear, está associada a emoção da percepção dolorosa operadas entre o hipotálamo e sistema límbico;

13) medo (assustadora - horrível – tenebrosa), é uma representação da ansiedade do indivíduo, sentimentos de preocupação, pavor, temor ou pânico diante de um perigo real ou

ideal, provindos de uma ameaça provocada pela dor à integridade física, mental, social e até a ocupação do indivíduo;

14) punição (castigante - torturante - de matar), é uma idéia associada a religiosidade, alguns crentes acreditam que punições tem origem divina e podem ser uma provação, uma pena, um castigo inclemente, cruel, impiedoso e mortal;

15) desprazer (chata - que perturba - que dá nervoso - irritante - de chorar), é uma subclasse que propõe uma avaliação da intensidade do sofrimento provocado pela dor, uma espécie de resumo da intensidade do desprazer, do desconforto, do "desagradável" associado a um quadro doloroso.

A terceira categoria é composta por palavras avaliação subjetivo-cognitiva, faz uma auto-avaliação da dor, analisando, estimando o desconforto gerado pela dor em sua percepção e reação:

16) avaliação subjetiva (leve - incômoda - miserável - angustiante – inagüentável), caracteriza a importância ou urgência da situação, buscando avaliar o espaço ocupado pela dor na auto-percepção do sujeito, considerando fenômenos cognitivos de antecipação, memória, atenção e experiência anterior.

A quarta categoria são subclasses mistas, não está presente na original, apresenta-se nas versões brasileiras provavelmente a por questões de tradução. Castro supõe que tenha surgido devido à investigação realizada em pacientes submetidos a tratamento fisioterapêutico:

17) relação dor movimento (que prende - que imobiliza- que paralisa);

18) mista sensorial (que cresce e diminui - espeta como uma lança - que rasga a pele), tem origem das subclasses sensorial 1, 3 e 4;

19) sensações de frio (fria - gelada - que congela) qualificações pouco utilizadas no questionário original, associadas a alguns tipos de dores de dente, e de provável origem

cultural associada ao frio o que pode não fazer sentido em um país tropical segundo Castro (1999);

20) mista emocional (que dá falta de ar - que deixa tenso – cruel) têm origem nas subclasses afetivas 12, 15 e 14.

O MPQ serviu de referência para o desenvolvimento de diversas pesquisas buscando conhecer o significado da dor. Com o intuito de recolher palavras e expressões que as crianças usam para definir sua dor, Diaz (2003) desenvolveu um estudo com dois grupos de crianças, um com dor pós-cirurgia e o outro apresentava dor de origem clínica. O autor procurou recolher descritores de dor dos pacientes com a utilização de duas perguntas: “Como é tua dor?” e “A que compararia tua dor?” O paciente podia responder com um máximo de cinco termos para cada pergunta. Os descritores foram agrupados por frequência, aqueles que eram similares foram agrupados conjuntamente e posteriormente foram organizados em uma classificação segundo as categorias do MPQ.

A versão final do questionário foi composta por descritores identificados por no mínimo dois pacientes. Ambos os estudos obtiveram 37 descritores, nove na categoria avaliativa, 26 na sensorial e dois na emocional. Dentre os descritores encontrados, 12 estão presentes no MPQ versão espanhola (Díaz, 2003).

No Brasil, Budó e colaboradores (2007) também desenvolveram um estudo com o objetivo de conhecer a percepção e o significado da dor para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), além de detectar as práticas de cuidados relacionados à presença da dor em si mesmo e nos outros. O trabalho foi efetuado com a realização de entrevistas constando das seguintes perguntas: *o que você pensa que causou a dor? Nos costumes de sua família (cultura, etnia) o que significa ter dor? E como é percebida a dor?*

As respostas foram organizadas em quatro subcategorias apresentadas em uma ordem da mais frequente a menos frequente: *“a dor como uma questão física; dor*

relacionada a questões emocionais e sentimentais; dor como uma questão religiosa e dor como uma condição humana”. O autor também buscou compreender como o participante se sentia nas situações de manifestação da dor e obteve respostas distribuídas em três subgrupos: afetivas, cognitivas e comportamentais.

A doença crônica modifica a rotina de quem a possui e insere o sofrimento e seus inúmeros significados simbólicos em sua vida. Buscar identificar as representações da dor nos sujeitos a partir do discurso, procurando compreender como a doença e sua dor, são vistas pelos doentes e são aspectos importantes para escolha e adequação do tratamento (Pimentel, 2005).

Qualquer investigação de um fenômeno doloroso deve realizar uma profunda análise da linguagem e ampliar a compreensão das características do sofrimento de pessoas portadoras de dor e suas dificuldades em ter uma vida saudável e produtiva (Frutuoso & Cruz, 2004). A semiologia da dor necessita de uma avaliação detalhada; o investigador precisa desvendar os sinais, buscando as estruturas orgânicas responsáveis pela produção do estímulo e as vias de transmissão, analisando exames laboratoriais que possam dar alguma indicação da causa, como também o comportamento do sujeito, estado físico e emocional, relacionamento familiar e social, experiências prévias com a dor e a representação simbólica que o estímulo algíco possa ter para o indivíduo (Castro, 2001).

3.2 CRENÇAS DOR E CULTURA

3.2.1 Crenças e processos de modulação

Os fatores psicossociais, emocionais e culturais estão relacionados às crenças dos sujeitos e podem ser expressas através das significações (repertório semântico) a ela

vinculadas. Crenças são entendidas aqui como cognições que fornecem uma idéia a respeito da realidade e guiam a percepção da mesma, incluindo a percepção da dor (Stantiall, 2010).

No sentido etmológico da palavra, crença significa convicção, a certeza de que o objeto em questão é verdadeiro, distinto do falso ou enganoso. Porém a crença constituída pelo sujeito é obtida por qualquer meio que este, ou o grupo que possui a crença julgue satisfatório, consideradas pelas pessoas como verdades absolutas - convicções íntimas compartilhadas culturalmente que mesmo sendo objetivamente insuficientes, subjetivamente se impõem com grande evidência (Pimenta & Portnoi, 1999).

Segundo Le Bon (s/d) crença é um ato de fé de origem inconsciente, diferindo do conhecimento por não ter uma explicação ou uma justificativa prévia. Portanto, uma crença não é especificamente um fato empiricamente testado e comprovado cientificamente como verdadeiro, mas sim uma disposição interna do sujeito, vinculada a um sistema de crenças primárias pré-existententes daquele que crê e que, por isso, adquire status de verdade. “As crenças seriam assim uma manifestação, através do discurso, a respeito das verdades daquele que crê” (Arruda, 2002, p. 53).

Coletivamente, as crenças de um homem formam a compreensão que tem de si e de seu meio (Bem, 1973). Dentre suas funções, as crenças orientam pensamentos, opiniões e a maneira de proceder do indivíduo (Le Bon, [s.d.]). Segundo Beck (1997), as crenças são construídas continuamente desde a infância ao longo de toda vida, é uma busca contínua do sujeito de extrair e dar sentido ao ambiente onde vive, organizando cognitivamente e emocionalmente suas experiências para torná-las coerentes e significativas.

Três fatores estão envolvidos na gênese das crenças: se constituem no contato do sujeito com o meio, são uma construção de representações cognitivas da realidade baseada em dados pré-existentes, e são constituídas para adaptar o sujeito ao meio. Portanto, pode-se afirmar que as crenças são sistemas de interpretação da realidade, específicos de cada

comunidade e seus membros, que por estarem entranhadas na dimensão existencial do grupo e do homem explicam de maneira satisfatória a realidade e determinam condutas (Morales & Baztán, 1999).

Por ser constituída ao longo da experiência, quando o indivíduo atinge a maturidade tem em sua mente infinitas crenças a respeito do mundo onde vive, estabelecendo o que é verdadeiro e o que não é. Em relação à doença, o próprio diagnóstico da patologia pode trazer problemas emocionais para o sujeito, devido aos modelos explicativos (esquemas mentais) pré-existentes (Loduca & Samuelian, 2003).

Esses esquemas exercem influências perceptuais sobre a dor através de inúmeros processos cognitivos como atenção, ansiedade, sugestão (Melzack, 1973) e expectativas (Teixeira, 2009; Ferreira, 2001) alterando sua percepção. Por exemplo, um paciente com dor lombar crônica consciente de que a dor é decorrente de um processo benigno poderá alarmar-se menos que um paciente que apresente dor semelhante, porém de etiologia neoplásica (Ferreira, 2001).

O discurso a respeito da dor reflete um esquema mental do indivíduo sobre a sua dor é a expressão em palavras do significado da dor. Portanto, as funções cognitivas do córtex cerebral (memória, atenção e juízo crítico) podem tanto exacerbar a dor como através do esquecimento de seu significado gerar um relaxamento e atenuar a experiência dolorosa (Ferreira, 2001).

Em casos onde os aspectos de atenção e distração cognitiva estão atuantes, como por exemplo, durante um jogo de futebol entusiasmante, é comum um jogador não sentir dor ao executar um chute intenso. Porém, em situações de tensão, o indivíduo pode sentir dor extrema, mesmo quando estimulado com um choque elétrico de baixa intensidade no braço (Melzack, 1973).

Por serem aprendidas socialmente e estarem em processo contínuo de constituição, as crenças podem ser modificadas. Considerando que a experiência global com a dor é parcialmente determinada por fatores socialmente constituídos, um produto cultural, as crenças em relação à dor podem ser modificadas por aprendizagem e pela própria vivência da dor (Pimenta, 1999).

3.2.2 Cultura e processos de modulação

A dor é um evento que exige interpretação em todas as culturas, e está sempre associada a um significado (Lutufo et al., 2005). Cada cultura tem uma linguagem própria de sofrimento, um conjunto complexo de termos que os indivíduos doentes e com dor, utilizam para expressar e deixar as outras pessoas a par do seu sofrimento (Budó et al., 2007).

Em diferentes grupos culturais a dor apresenta aspectos semelhantes e contrastantes, podendo até mesmo se diferenciar em sua apresentação clínica, sua etiologia e a própria evolução das doenças (Lutufo et al., 2005).

Fica explícito que existem “regras” a respeito de como o indivíduo deve expressar sua experiência dolorosa (Budó et al., 2007). São códigos culturais, que têm significados atribuídos e construídos pelo coletivo (Sarti, 2001). Estas “regras” estão atreladas a padrões culturais de valorização ou desvalorização da exposição da resposta dolorosa e do sofrimento e, portanto, diferenciando-se em cada meio cultural (Budó et al., 2007).

As atitudes e os valores são transmitidos de geração em geração, o que faz com que dentro de um mesmo grupo étnico através do aprendizado o indivíduo se identifique com a cultura e com o comportamento de outros membros do grupo (Ferreira, 2001). Os padrões culturais aprendidos, juntamente com a resposta emocional reforçada pelo grupo social,

influenciam os processos neurofisiológicos da informação nociceptiva, as respostas verbais, corporais e psicológicas relativas à experiência algica (Ferreira, 2001).

A própria qualidade e intensidade da dor não são exclusivamente determinadas por estímulos sensoriais, também sofrem influência dos processos de aprendizagem, e outros processos a ela associados, como memória e habilidade para compreender a causa e as consequências da dor (Melzack, 1973).

Até a tolerância à dor sofre grande influência dos valores culturais. Estímulos insuportáveis para uns podem ser perfeitamente toleráveis por outros (Melzack, 1973; Pimenta & Portnoi, 1999). A tolerância à dor pode variar de acordo com o significado da situação (Melzack, 1973) e com o papel social desempenhado pelo indivíduo; uma conformidade do que se espera segundo o lugar social ocupado, observada na execução de papéis de gênero, classe e etnia (Sarti, 2001).

As pessoas com o mesmo *background* cultural apresentam limiar uniforme de dor. Em um experimento utilizando choques elétricos de baixa intensidade aplicados a mulheres americanas de descendências italiana e judia, os pesquisadores observaram que as italianas toleravam menos choques elétricos (Sternbach & Turkey, 1965, citado por Melzak, 1973). Em um estudo similar realizado com mulheres protestantes e judias, os autores observaram que o grau de tolerância à dor das mulheres judias aumentou após receber informações de que seu grupo religioso tolerou pior a dor do que os outros (Lambert, Libman & Poser, 1960 citado por Melzak, 1973).

Com relação ao significado da situação, Berker (1959) ao observar o comportamento de três soldados feridos durante a II Guerra Mundial, constatou que apenas um alegou sentir dor a ponto de requerer morfina, os outros relataram pouca ou nenhuma dor. Tal efeito foi atribuído pelo autor ao fato destes soldados estarem eufóricos por terem escapado com vida do campo de batalha (Melzack, 1973).

Em situações de estresse as experiências prévias e as expectativas podem modificar as interações da matriz neural. Inclusive a tolerância da dor pode ser determinada pela expectativa do sujeito de dor futura (Melzack, 1973). Uma pessoa animada e contente, que apresente expectativa de melhora, convencida de que o tratamento irá ajudá-la, produz substâncias bioquímicas (liberação de opióides endógenos) que auxiliam o sistema imunológico. Em um caso inverso, em que as expectativas são negativas em relação ao tratamento, substâncias de efeito ansiogênico, como a colescistocininas, são produzidas prejudicando as defesas do indivíduo.

O efeito placebo também é considerado como resultante de crenças, expectativas e desejos do paciente. Esses processos cognitivos provocam modificações em áreas cerebrais e a nível espinhal (Florin & Mourin, 2009). Um placebo é descrito na terminologia médica como “uma droga ou terapia que simula um tratamento médico, mas sem ação específica sobre a condição que está sendo tratada” (Dubois & Christo, 2004, p.30). A analgesia por placebo deve-se a dois mecanismos que podem induzir mudanças na dimensão afetiva e emocional da dor: as expectativas e o efeito do condicionamento (Florin & Mourin, 2009).

No mecanismo da expectativa, conhecido também como teoria cognitiva (Dubois & Christo, 2004), o placebo elicia uma expectativa para um determinado efeito, e a expectativa produz o efeito (Williams & Podd, 2004). Esta resposta ocorre devido à liberação de endorfinas durante a administração da substância inócua. (Ferreira, 2001).

O efeito do condicionamento ou teoria do condicionamento (Dubois & Christo, 2004), ocorre quando o efeito do tratamento farmacológico envolve um estímulo associado a uma resposta fisiológica que favorece um condicionamento. Então quando o fármaco é administrado, mesmo sendo uma substância inócua, caso seja associado ao efeito terapêutico do medicamento, passará a produzir tal efeito (Wall, 1996 citado por Dubois & Christo, 2004; Williams & Podd, 2004).

Os processos de modulação da dor sejam oriundos dos mecanismos de expectativas, atenção ou qualquer outro, estão vinculados às crenças do doente. As crenças norteiam o julgamento realizado em relação ao objeto em questão, afetando tanto a percepção do doente crônico quanto sua resposta comportamental em relação à dor. Desse modo, identificar as significações da dor para o paciente seria uma forma de acessar suas crenças em relação à dor e permitiria uma melhor atuação profissional na abordagem ao paciente e no estabelecimento do tratamento (Portnoi, 2003).

3.3 DINÂMICAS DAS CRENÇAS

Diversos tipos de crenças influenciam os processos cognitivos e psicológicos relacionados à dor, e exercem um impacto sobre a resposta emocional e comportamental a dor (Stantiall, 2010). Há um crescimento atual do interesse no meio científico sobre os aspectos cognitivos da dor, como as crenças e outros fatores relacionados às mesmas, como condição física e adaptação psicossocial. De acordo com Stantiall, este interesse é justificado pela crescente aceitação da perspectiva biopsicossocial na abordagem a dor crônica.

Em uma revisão bibliográfica de artigos, utilizando os termos *chronic pain and belief*, realizada em dezembro de 2010, limitada aos últimos cinco anos, nas bases de dados da MEDLINE, PsycINFO e LILACS, foram encontrados respectivamente 258; 32 e sete trabalhos. Dentre eles alguns se repetiam em mais de uma das bases de dados. Na base de dados do LILACS foram selecionados seis artigos e excluídos um por não estar relacionado ao tema em questão. E na base de dados PsycINFO foram selecionados 30 artigos relacionados ao tema da pesquisa. Como pode ser visualizado nos Tabelas 3.1 e 3.2.

Entre as crenças consideradas chaves no processo de adaptação à dor crônica estão: crença de *locus* de controle, crença de auto-eficácia e crença de esquivar e medo. Além do

mais existem outros processos psicológicos que estão estreitamente relacionados às crenças, ao comportamento da dor e emoção como: o enfrentamento, a catastrofização (corroborando o trabalho de Stantiall, 2010) e as atitudes frente à dor.

Tabela 3.1 - Pesquisa de artigos, utilizando os termos chronic pain e belief, realizada em dezembro de 2010, limitada aos últimos cinco anos, nas bases de dados da LILACS.

Título	Autor e ano	Objeto e objetivo	Resultados/Contribuição
Crenças em relação às condições crônicas de saúde: uma revisão crítica de instrumentos adaptados para a língua portuguesa.	Silva, Alcântara e Barroso, 2010.	Crenças de Auto-eficácia, Catastrofização, Crença de Esquiva e Medo e Atitudes.	As propriedades psicométricas variaram de moderadas a boas, classificando os instrumentos como confiáveis ao uso para pesquisa e clínica.
A música no alívio da dor em pacientes oncológicos.	Franco e Rodrigues, 2009.	Percepção sobre os efeitos da música no alívio da dor.	A música influenciou na redução dos sinais vitais, da intensidade da dor, da ansiedade e na elevação da crença na música como forma de terapia.
Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde.	Kurita e Pimenta, 2004.	Locus de Controle da Saúde e Adesão ao tratamento.	Crenças de maior internalidade menor relacionada à adesão.
Crenças de profissionais de centros de dor sobre dor crônica não oncológica.	Garcia e Pimenta, 2008.	Crenças de profissionais sobre dor crônica não oncológica (Atitudes)	Crenças desejáveis nos domínios controle, emoção, dano físico e incapacidade; indesejáveis nos domínios cura médica e solicitude, indicando necessidade de incorporação de novos conceitos na prática clínica.
Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica.	Salveti, et al., 2007.	Crença de Auto-eficácia.	Pacientes com dor menos intensa, com menos sintomas depressivos e com escolaridade superior a 8 anos apresentaram maior auto-eficácia.
Dor crônica e a crença de auto-eficácia.	Salveti e Pimenta, 2007.	Crença de Auto-eficácia.	Modificação de crenças, atitudes, valores e comportamentos pouco adaptativos são importantes no tratamento. Crenças disfuncionais prejudicam o tratamento.

Tabela 3.2 - Pesquisa de artigos, utilizando os termos chronic pain e belief, realizada em dezembro de 2010, limitada aos últimos cinco anos, nas bases de dados da PsycInfo.

Título	Autor ano	Objeto e objetivo	Resultados/Contribuição
Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes.	Lledó Boyer e cols., 2010.	Crenças de Controle (Auto-eficácia e Controle da saúde) Enfrentamento (foco na doença e na emoção)	Crença de controle afeta o estado de saúde geral. Emoções medeiam a relação entre crenças de auto-eficácia e impacto físico e psicossocial. E o enfrentamento da doença medeia a relação auto-eficácia e impacto físico.
Adherence to pharmacological treatment of non-malignant chronic pain: The role of illness perceptions and medication beliefs.	Nicklas, Dunbar e Wild, 2010.	Percepção da doença, Crenças sobre a medicação e Adesão ao tratamento medicaentoso.	Percepção de consequências graves da doença associada a forte crença na necessidade de medicamentos e maior adesão.

Continuação da Tabela 3.2

Título	Autor/ano	Objeto e objetivo	Resultados/Contribuição
Do illness perceptions predict pain-related disability and mood in chronic orofacial pain patients? A 6-month follow-up study.	Galli e cols., 2010.	Percepção da doença, Crença de Auto-Controle, Crenças sobre a dor, e alteração de humor.	Percepção, crença de auto-controle e crenças sobre a dor são importantes preditores de desfecho do tratamento. Pós-tratamento verificou-se melhora na incapacidade, ansiedade, depressão e qualidade de vida (qv) física; não houve melhora na qv mental.
Maladaptive cognitions and chronic pain: Epidemiology, neurobiology, and treatment.	Borkum, 2010.	Crenças disfuncionais, Catastrofização, Crença de evitação e medo, incapacidade.	Cognições maladaptive desempenham um papel significativo no desenvolvimento da dor crônica. Relevância da Terapia cognitivo comportamental.
Just world beliefs moderate the relationship of pain intensity and disability with psychological distress in chronic pain support group members.	McParland e Knussen, 2010.	Crenças, Enfrentamento. Crenças pessoais e gerais do mundo justo moderando a relação entre aflição psicológica com a intensidade da dor e incapacidade.	Crença pessoal em um mundo justo > do que a crença geral (tendência maior a crê na justiça em suas próprias vidas que do que no mundo em geral). Crença no mundo justo pessoal é negativamente correlacionada com intensidade da dor, incapacidade e sofrimento psicológico.
Waddell's symptoms as correlates of vulnerabilities associated with fear-anxiety-avoidance models of pain: Pain-related anxiety, catastrophic thinking, perceived disability, and treatment outcome.	Carleton e cols., 2009.	Catastrofização, evitação-ansiedade-medo e capacidade funcional.	Apresentação de mais de dois dos sintomas de Waddell (de lombalgia) associou-se a níveis mais altos de depressão, ansiedade relacionada à dor, medo, catastrofização, e a intensidade da dor. Inesperadamente, não houve diferenças significativas na capacidade funcional.
Young people making sense of pain: Cognitive appraisal, function, and pain in 8–16 year old children.	Huguet e cols., 2009.	Catastrofização, crença de Controle da dor, Crença na medicação.	Catastrofização implica em comprometimento funcional. Expectativas positivas sobre capacidade, controle da dor, e crenças de que a medicação e os médicos auxiliam no controle da dor predizem boa funcionalidade na dor crônica.
Are fear-avoidance beliefs in low back pain patients a risk factor for low physical activity or vice versa? A cross-lagged panel analysis.	Leonhardt e cols., 2009.	Crença de Esquiva e Medo e sua relação com atividade nível de física em pacientes com lombalgia.	Aumento no nível de atividade física em pacientes crônicos e agudos após um ano; porém não permite prever se a crença de esquiva e medo leva ao desuso. A crença representa um esquema cognitivo que não limita a atividade em si, mas movimentos específicos.
Exploring the link between religious attitudes and subjective well-being in chronic pain patients.	Dezutter e cols., 2009.	Atitudes religiosas e Bem - Estar Subjetivo (BES) em pacientes com Dor Crônica (DC).	A abordagem simbólica da religião em pacientes com dor crônica foi associada com maiores níveis de BES. A abordagem literal da religião, bem como a sua rejeição foi associada com menores níveis de BES.

Continuação da Tabela 3.2

Título	Autor/ano	Objeto e objetivo	Resultados/Contribuição
Confidence in beliefs about pain predicts expectancy effects on pain perception and anticipatory processing in right anterior insula.	Brown, Seymour, El-Deredy e Jones, 2008.	Expectativas, Crenças infundadas sobre a natureza da dor.	A crenças fundamentadas sobre a natureza da dor são determinantes importantes dos efeitos da expectativa na percepção da dor. Comprovada pela reatividade emocional e ativação antecipada de áreas cerebrais envolvidas na modulação da dor.
Pain experiences, control beliefs and coping strategies in Chinese elders with osteoarthritis.	Tsai, Chu, Lai e Chen, 2008.	Crenças de Controle da dor e Estratégias de Enfrentamento da dor em idosos com osteoartrite.	Crenças de controle, intensidade de dor média, interferência da dor na caminhada, no sono são preditoras de pior intensidade de dor.
Pain catastrophizing and beliefs predict changes in pain interference and psychological functioning in persons with spinal cord injury.	Hanley, Raichle e Cardenas, 2008.	Crenças (catastrófica e auto-controle), Enfrentamento, Percepção da dor, apoio social, funcionamento psicológico.	Catastrófica e Crença Auto-Controle da dor associadas com mudanças nas variáveis: percepção da dor e funcionamento psicológico. Alterações em estratégias de enfrentamento específicas e apoio social não foram preditores de mudanças na dor ou funcionamento psicológico.
Factors influencing chronic pain intensity in older Black women: Examining depression, locus of control, and physical health.	Baker, Buchanan T. e Corson, 2008	Bem- Estar psicológico, <i>locus</i> de controle da saúde, depressão e capacidade funcional.	Menor idade, maior depressão, capacidade física restrita, e <i>locus</i> de controle externo foram preditores significativos de maior intensidade de dor.
Evaluating the efficacy of graded in vivo exposure for the treatment of fear in patients with chronic back pain: A randomized controlled clinical trial.	Woods e Asmundson, 2008.	Crença de Esquiva e Medo, Auto-eficácia e ansiedade.	Melhorias significativamente maiores nas medidas de medo da dor / movimento, crenças de esquiva e medo, ansiedade relacionada à dor e auto-eficácia dos participantes na condição de atividade.

Continuação da Tabela 3.2

Título	Autor/ano	Objeto e objetivo	Resultados/Contribuição
Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. / Psychological aspects relevant to chronic pain research and treatment.	Taberner e cols., 2008.	Estratégias de Enfrentamento, Crenças no controle da dor, Crença de Auto-eficácia e Catastrófização.	Menor expressividade emocional implica em maior experiência de dor. Estratégias de enfrentamento (ações instrumentais, uso de recursos internos e busca de suporte social) implicam em melhor adaptação e funcionalidade. Baixa crença no controle da dor, baixa auto-eficácia e catastrofização, associam-se a incapacidade, inaptidão, e menor adaptação.
Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning.	Jensen, Turner, e Romano, 2007.	Estratégias de Enfrentamento, Crenças de controle, Catastrofização e capacidade funcional.	Crenças sobre dor e enfrentamento são importantes para adaptação. Aumento da crença de incapacidade, catastrofização e estratégias de repouso, de guarda e solicitude implica em maior da incapacidade e depressão.
Cognitions, coping, and social environment predict adjustment to pain in Spinal Cord Injury.	Raichle, Hanley, Jensen e Cardenas, 2007.	Crenças específicas relacionadas à dor, Enfrentamento e apoio social.	Enfrentamento, catastrofização, crenças relacionadas à dor, e apoio social estão relacionadas a adaptação em pessoas com lesão medular e dor.
Cognitions related to chronic pain: Revision and extension of the Cognitive Evaluation Questionnaire.	Helmes e Goburdhun, 2007.	Crença disfuncional, depressão.	Correlações significativas da gravidade da dor com as escalas de crenças. Crença disfuncional prediz funcionalidade psicossocial. Porém o instrumento contribuiu melhor para avaliar a depressão do que a funcionalidade psicossocial.
Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with subacute low back pain.	Poiraudeau e cols., 2006.	Crenças de Esquiva e Medo. (características de profissionais e pacientes)	Crenças de pacientes de e esquiva e medo sobre atividade física associadas com baixo nível de escolaridade, percepção dos pacientes de deficiência e crença de evitação dos médicos.
Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: A prospective analysis.	Boersma e Linton, 2006.	Expectativas, Crenças de Esquiva e medo, e capacidade funcional.	Expectativas negativas resultam de dor freqüente e crença em um problema subjacente e grave. Expectativa, afeto negativo, crenças de evitação e medo são construtos inter-relacionados preditores de dor e incapacidade.
Finding a solution to the problem of pain: Conceptual formulation and the development of the Pain Solutions Questionnaire (PaSol).	De Vlieger e cols., 2006.	Construção de instrumento para medir capacidade funcional e aflição afetiva.	Desenvolvido para explicar a incapacidade e o <i>distress</i> afetivo; apresenta 4 fatores: (1) Escala para Resolver a Dor, (2) Escala de Significância da Vida Apesar da Dor, (3) Escala de Aceitação da Insolubilidade da Dor e (4) Escala de Crença em uma Solução. A Escala 2 foi importante para explicar a incapacidade e sofrimento afetivo; e a Escala 4 contribui para explicar a aflição afetiva.
Ethnicity, Control Appraisal, Coping, and Adjustment to Chronic Pain Among Black and White Americans.	Tan e cols., 2005	Crenças e Estratégias de Enfrentamento da dor.	Atitudes, crenças e enfrentamento foram associadas à adaptação a dor crônica em ambos os grupos étnicos. Negros apresentaram menor percepção de controle da dor, estratégias de enfrentamento mais externas, forte crença de solicitude, maior nível de depressão e incapacidade.

Continuação da Tabela 3.2

Título	Autor/ano	Objeto e objetivo	Resultados/Contribuição
The Cognitive Risk Profile for Pain (CRPP): Development of a Self-report Inventory for Identifying Beliefs and Attitudes That Interfere With Pain Management.	Cook e DeGood, 2006.	Crenças disfuncionais, adesão ao tratamento. Construção e validação um instrumento de auto-relato para crenças de dor.	CRPP inicialmente apresenta-se como uma medida confiável, válida e útil do risco cognitivo para o controle da dor. Porém, escalas para a negação do impacto do humor sobre a dor, a percepção de culpa e desejo de descoberta médica vai exigir avaliação mais aprofundada.
Validating the Use of Two-Item Measures of Pain Beliefs and Coping Strategies for a Veteran Population.	Tan e cols., 2006.	Crença e Estratégia de Enfrentamento.	Abreviação das escalas de Chronic Pain Coping Inventory, Coping Strategy Questionnaire, and the Survey of Pain Attitudes. Demonstrou forte associação na aplicação de uma versão 2-itens, mostrando-se útil na triagem clínica e na monitorização do tratamento.
Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: A randomized, controlled trial.	Turner, Mancl e Aaron, 2006.	Enfrentamento, Crença e Catastróficação. Eficácia da Terapia cognitivo-comportamental (TCC) sobre a disfunção temporomandibular crônica (DTM).	Melhora clínica significativa na intensidade da dor, função da mastigação da mandíbula e depressão. Aumentou o uso de técnicas de relaxamento, mas não o uso de outras estratégias de enfrentamento.
Health Beliefs and Behaviour of Cervix Cancer Patients.	Awasthi, Mishra, e Shahi, 2006.	Crenças de saúde e doença, incluindo apoio social e Estratégias de Enfrentamento.	Causas individuais e psicossociais foram mais fortemente representados nas crenças de pacientes do que as causas ambientais ou sobrenatural. Elevado nível de apoio social implica em crença de controle próprio ou do médico sobre a doença, maior uso estratégias de enfrentamento, redução da dor e gravidade da doença, e maior esperança de uma vida livre de doença.
Effect of belief in "psychic healing" on self-reported pain in chronic pain sufferers.	Lyvers, Jill Clark-Harding e Barling, 2006.	Efeito da crença na "cura mediúnica" em portadores de dor crônica.	Os resultados sugerem que os relatos de cura psíquica eficaz e "cura pela fé" são atribuídos ao poder da crença.
The development and preliminary validation of the Profile of Chronic Pain: Extended Assessment Battery.	Ruehlman Karoly, Newton e Aiken, 2005.	Crenças, Atitudes, Catastróficação e Enfrentamento.	Construção de instrumento e validação, O Perfil da Dor Crônica: Avaliação da Bateria apresentou forte evidência boa estrutura fatorial, consistência interna, a independência de viés de resposta, e validade.
Pain Medication Beliefs and Medication Misuse in Chronic Pain.	Schieffer e cols., 2005.	Crenças com relação à medicação.	Pacientes com história de abuso de substâncias relatam fortes crenças na eficácia dos opiáceos, no potencial de dependência, de que necessitam de doses mais elevadas do que outros e na importância do acesso livre .
Influence of Worldview on Health Care Choices Among Persons with Chronic Pain.	Buck, Carol e Schwartz, 2005.	Percepção da Visão de mundo e sua influência nas escolhas de cuidado com a saúde.	Combinação de idade e visão de mundo mística foram preditores significativos de escolhas de cuidados de saúde convencionais. Os mais velhos e pessoas com uma visão de mundo predominantemente mística eram menos propensos a usar medicina complementar e alternativa.

3.3.1 Crença de *locus* de controle

O *locus* de controle é a percepção e a crença a respeito das fontes de controle dos acontecimentos e da situação, é uma avaliação cognitiva e pode ser classificado como interno ou externo. O *Locus* de controle interno refere-se à percepção ou crença de que os eventos estão condicionados às próprias ações ou características do indivíduo, ou seja, o controle depende do sujeito. E *locus* de controle externo refere-se à percepção ou crença de que os eventos são independentes das ações individuais, sendo suas causas atribuídas a fatores como sorte, acaso, destino ou a ação de outros indivíduos (Rotter, 1966, citado em Portnoi, 1999; Portnoi, 2003).

A orientação do *lôcus* de controle está estreitamente relacionada com o uso das estratégias de enfrentamento da dor, de adaptação e de ajustamento à dor crônica. Os doentes com orientação interna apresentam melhor controle e menos estresse do que doentes com orientação externa. E os doentes que consideram os eventos como controlados por fatores externos, podem apresentar deficiências nas estratégias de *coping* da dor e maior estresse psicológico do que doentes que possuem outras orientações de *locus* de controle (Portnoi, 1999; 2003).

A orientação do *lôcus* de controle interno pode em menor frequência estar associada ao uso de estratégias cognitivas de autocontrole demonstrado por Buckelew, Conway, Shutty, Lawrence, Grafing, e Keefe (1990); em uma pesquisa que avaliou a crença de *locus* de controle por meio do “*Multidimensional Health Locus of Control*” (MHLC). Os autores identificaram três perfis: “internalidade”, “acaso” e “outros poderosos”. Os homens jovens apresentaram forte estilo interno de atribuição, homens mais velhos “acaso” e “outros poderosos”; com relação às mulheres o indicador do grupo foi relacionado ao uso de estratégias de enfrentamento.

3.3.2 Crença de auto-eficácia

Auto-eficácia é a crença do indivíduo no desenvolvimento da habilidade pessoal de desempenhar uma determinada tarefa ou comportamento para produzir resultados desejáveis em uma dada situação. Seu processo de aprendizagem se dá pela observação do comportamento alheio, analisando-se seus antecedentes e conseqüências; são refinados pela própria experiência (análise e atribuição de significados às conseqüências advindas do próprio comportamento). Ao fim guiam o indivíduo em como obter benefícios ou evitar punições (Bandura, 1977).

A auto-eficácia é um componente da motivação, avalia o desempenho, tornando-se fundamental na escolha, aquisição e mudança de comportamento. É composta por expectativa de auto-eficácia e expectativa de resultados. A primeira é uma convicção (crença) de que se pode executar o comportamento necessário para se atingir determinados resultados. E a expectativa de resultados, é a crença pessoal de que um determinado comportamento levará aos resultados específicos. Assim uma pessoa pode ter a crença de que determinado comportamento produz certo resultado, mas não ter a crença de que é capaz de realizar ou manter esse comportamento e vice-versa (Bandura, 1977).

A força da crença de expectativa de auto-eficácia e de expectativa de resultados são os fatores que influenciam a decisão de iniciar uma ação, o esforço e a persistência para lidar com a situação e manter o comportamento necessário. Ao cessar antecipadamente um esforço para lidar com determinada situação, o indivíduo pode realizar uma auto-avaliação depreciativa, resultando em medo e esquia da situação (Bandura, 1977).

Expectativas de auto-eficácia podem ser fatores determinantes das causas do comportamento, funcionando como um mediador das mudanças terapêuticas, podendo ,

deste modo, auxiliar em intervenções cognitivo comportamentais e melhorar os resultados do tratamento e manutenção (Gatchel & Turk, 1999).

3.3.3 Crença de esquiva/evitação e medo

Crença de **esquiva/evitação e medo** é a idéia de que é necessário evitar atividades devido ao medo de exacerbação da dor. Crenças maladaptativas têm importante papel nestes casos relacionados à dor crônica (Borkum , 2010).

O doente procura não mover partes do corpo para evitar “provocar” a dor, e também procura ser cauteloso em tudo que faz (Stantiall, 2010). É comumente relacionada à dor de coluna, especialmente a lombalgias e as cervicalgias crônicas (Borkum , 2010).

3.3.4 Catastrofização

A catastrofização pode ser definida como uma tendência a esperar ou se preocupar com as principais conseqüências negativas de um evento (Stantiall, 2010). Inicialmente conceituada por Albert Ellis (1962), afirmava que a experiência de dor física reage não somente a intensidade do estímulo doloroso, mas é amplamente relacionada a subjetividade e prejulgamento atitudinal da pessoa estimulada (Citero et al., 2007).

Atualmente o conceito de catastrofização está relacionado a sentimentos de opressão e desamparo, ruminação sobre a dor, e expectativa exagerada de prováveis conseqüências negativas da dor (Sullivan, 1995). É um forte preditor de dor futura, podendo exercer efeitos negativos sobre a fase inicial de dor aguda contribuindo para sua cronificação (Citero et al., 2007).

3.3.5 Enfrentamento

Enfrentamento foi definido por Lazarus e Folkman (1984) como esforços cognitivos e comportamentais que se modificam constantemente por exigências internas ou externas que sobrecarregam ou excedem a capacidade do indivíduo. Esses esforços são conscientes e extremamente importantes para a adaptação e o ajustamento à dor crônica (Portnoi et al., 2009). Enfrentamento da dor consiste de pensamentos e ações para alterar a percepção da intensidade da dor e a habilidade de manuseio ou tolerância da dor para continuar as atividades diárias (Yeng et al., 2006).

Enfrentamento também é conhecido na literatura como *Coping*, um dos instrumentos de medida mais conhecidos para avaliar o *coping* da dor é o “Coping Strategies Questionnaire – CSQ”. Foi desenvolvido para avaliar a eficácia de estratégias para diminuir e controlar a dor, assim como a frequência do uso de determinadas estratégias cognitivas e comportamentais, na gerência da dor (Keefe et al, 2005; Keefe et al., 2009).

As estratégias mais consideradas, tanto na prática clínica como nas pesquisas, são as citadas no CSQ. O questionário foi desenvolvido por Rosentiel e Keefe, 1983, e adaptado para língua portuguesa por Portnoi (1999). Foi denominado em português Questionário de Estratégias de Enfrentamento da Dor – QEED (Loduca & Samuelian, 2009; Portnoi, Nogueira & Maeda, 2009; Portnoi, 2003; Pimenta, 1999; 2003; Yeng et al., 2006). É composto por 50 questões que classificam as estratégias em sete categorias (seis cognitivas e uma comportamental):

- distração da atenção (“refere-se a pensar em coisas diferentes para não pensar na dor”);
- reinterpretação das sensações dolorosas (“imaginar que a dor é outra sensação ou que se encontra fora do corpo”);

- auto-afirmação de enfrentamento (“afirmar para si mesmo o que é capaz de controlar superar a dor”);
- ignorar sensações de dor (“não pensar na dor ou fingir que ela não existe”);
- rezar e esperar (“imaginar a vida sem dor e manter a esperança”);
- catastrofização (“elaborar pensamentos negativos de que a dor é insuportável e que não vale a pena viver com ela”);
- aumento do nível de atividades diárias (“envolver-se na execução de tarefas para não pensar na dor”).

Ao analisar as questões do QEED, a autora verificou que, com exceção da catastrofização, elas se organizam em pares, a distração da atenção e o aumento da atividade comportamental são formas de concentração em outras atividades, distraindo o foco da dor. As auto-afirmações de enfrentamento e as estratégias de rezar e esperar são baseadas na fé; com relação aos brasileiros, a fé em si mesmo e em entidades superiores. E por fim, ignorar sensações dolorosas e reinterpretá-las são as duas únicas estratégias direcionadas ao controle da dor e não das emoções; são estratégias que exigem grande esforço cognitivo e são pouco utilizadas (Portinoi et al., 2009).

O enfrentamento, além das respostas cognitivas, depende de alguns recursos como saúde física, habilidades intelectuais e sociais, suporte social e recursos materiais (Portnoi, 2003). O enfrentamento é um processo dinâmico progressivo e individualizado, onde o doente utiliza além dos recursos pessoais, suporte clínico e familiar (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998). Assim como um processo em constante modificação, as estratégias voltadas ao controle da dor têm pouca estabilidade ao longo do tempo e pouca correlação entre as diferentes medidas - inclusive dentro da mesma população (Portinoi, Nogueira & Maeda, 2009).

As estratégias de enfrentamento podem ser consideradas ativas ou passivas, e podem ser mais ou menos efetivas dependendo do sujeito e da situação (Yeng et al., 2006). Em um estudo com pacientes com artrite e osteoartrose, Keefe et al (2005) constataram que formas de *coping* de dor mais ativos estão relacionadas a melhor adaptação à artrite, enquanto estratégias de enfrentamento mais passivas estão relacionadas a pior adaptação.

Uma classificação importante presente em muitos modelos coexistentes sobre *coping* enfatiza uma distinção básica entre os dois tipos fundamentais de estratégias de *coping*, denominados respectivamente de *coping* focalizado no problema e *coping* focado na emoção. O *coping* focado na resolução do problema refere-se aos esforços para mudar ou administrar alguns aspectos de uma pessoa, do ambiente ou da interação entre estes, em situações percebidas como estressantes, projetando esforços para mudar a situação. O *coping* focado na regulação da emoção consiste em esforços direcionados para administrar ou regular as emoções negativas associadas ao agente estressor. Na dor a dificuldade de resolução da condição, em geral implica em uma maior utilização de estratégias centradas na emoção (Lazarus & Folkman, 1984).

Situações passíveis de mudança produzem estratégias com ações planejadas para modificar a situação atuando sobre o ambiente ou sobre o próprio indivíduo. Nas situações não passíveis de mudança, as estratégias são voltadas para o controle das emoções, do desconforto e das perturbações (Portnoi, 2003; Portnoi et al., 2009).

Pesquisas revelam que as pessoas que sofrem com dor crônica utilizam uma ampla gama de estratégias de enfrentamento, incluindo relaxamento, busca de apoio social, ignorar a dor, rezar para dor cessar e o uso de auto-afirmações para lidar com a dor (Jensen, Turner & Romano, 2007).

3.3.6 Relação entre as crenças

Todos estes aspectos psicológicos estão estreitamente relacionados, afetando-se mutuamente. Suas relações podem ser comprovadas em múltiplos estudos que associam alguns destes fatores, apresentando suas relações e implicações na adaptação à dor e resultados do tratamento.

Dentre as inúmeras associações entre as crenças um dos resultados mais encontrados na literatura sobre enfrentamento em pacientes com dor crônica é a associação entre estratégia de enfrentamento de catastrofização e incapacidade funcional e psicossocial (Carleton, Abrams, Kachur, & Asmundson, 2009; Raichle, Hanley, Jensen & Cardenas, 2007; Stantiall, 2010; Smeets, Vlaeyen, Kester, & Knottnerus, 2006).

A Catastrofização também está associada à crença de medo e esquiva, implicando em piores resultados psicossociais na adaptação à dor crônica (Carleton, Abrams, Kachur, & Asmundson, 2009; Stantiall, 2010; Smeets, Vlaeyen, Kester & Knottnerus, 2006; Samwel, Kraaimaat, Crul, & Evers, 2007).

Os pensamentos catastróficos associados aos comportamentos de esquiva e medo da dor e hipervigilância, além de levar ao desuso e incapacidade podem desencadear depressão. Os comportamentos de esquiva e medo são considerados como um dos mecanismos para sustentar a dor crônica e a deficiência músculo-esquelética (Boersma & Linton, 2006; Vlaeyen et al, 1995b citado por Lamé, 2008).

A Terapia Cognitivo Comportamental é indicada nestes casos de dor crônica; ela atua aumentando a percepção de controle sobre a dor, diminuindo a catastrofização e a incapacidade funcional (Faucette Tota, Gil, Williams, Keefe & Veeraindar, 1993 citado por Novy et al., 1995; Turner Jensen, & Romano, 1994; Keefe et al., 2005).

Estratégias consideradas passivas, como esperança, rezar para a dor cessar, evitação e *coping* paliativos (comportamento para atingir o conforto) estão associados aos piores resultados psicossociais (Endler et al, 2001; Geisser, Robinson, Keefe, & Weiner, 1994; Jaspers, Heuvel, Stegenga, & de Bont, 1993; Jensen et al, 1991; Turner et al., 2000 citados por Stantiall, 2010; Samwel, Kraaimaat, Crul & Evers, 2007). Em contraste os pacientes que utilizam estratégias de enfrentamento orientadas para ação e atenção, tais como relaxamento, exercícios regulares e busca de informações, apresentam melhores resultados, baixos níveis de depressão, ansiedade e percepção da dor (Brown & Nicassio, 1987; Holmes & Stevenson, 1990; Jensen, Turner, Romano, & Strom, 1995; Katz, Ritvo, Irvine, & Jackson, 1996 citado por Stantiall, 2010).

Segundo Portnoi (2003, 2009), os brasileiros tendem a usar com mais frequência as estratégias rezar e esperar, auto-afirmações de enfrentamento e distração da atenção; diferentemente dos norte-americanos que apresentam de forma marcadamente as estratégias de catastrofização.

As crenças a respeito da dor têm influência direta sobre as estratégias de *coping*; os doentes que acreditam na origem misteriosa da dor podem ficar inseguros quanto à capacidade de controlá-la (auto-eficácia) e os que acreditam na persistência podem ficar desmotivados e adotar estratégias pouco adaptativas (Portnoi, 1999).

Certas crenças específicas relacionadas à dor (dor significa dano, crença de evitação e medo, não entender o porquê de estar sofrendo dor e a crença de que a dor é permanente) apresentam efeitos negativos sobre os resultados (Jensen et al, 1991; Turner et al, 2000 citado por Stantiall, 2010; Jensen, Turner, & Romano, 2007; Raichle, Hanley, Jensen, & Cardenas, 2007). A falta de previsão de evolução nos casos de dor crônica pode reforçar emoções negativas, como a depressão, gerando incapacidade adicional através de um ciclo vicioso (Alcântara, 2008).

As crenças de auto-eficácia são diretamente proporcionais ao processo de adaptação à dor (Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991 citado por Stantiall, 2010; Gatchel et al, 2007). Quando inadequada, a auto-eficácia está relacionada a um pior controle da dor, menor adesão ao tratamento e piora da funcionalidade física e mental de indivíduos com dor crônica (Salveti & Pimenta, 2004).

A percepção de controle sobre a dor é um forte preditor de boa adaptação (Osborne, Jensen, Ehde, Hanley & Kraft, 2007; Spinhoven et al, 2004.; Stroud, Thorn, Jensen, & Boothby, 2000 citado por Stantiall, 2010; Raichle et al, 2007). A percepção de baixo controle sobre dor associa-se aos piores resultados, incapacidade e depressão (Jensen et al., 2007).

A crença de auto-controle sobre a dor evita pensamentos catastróficos sobre a condição de doente. Escores elevados de controle da dor e do pensamento racional implicam em menores níveis de dor e aflição psicológica (Jensen et al., 1991). Doentes que apresentam *Locus* de controle de maior “internalidade” em geral têm melhor adesão ao tratamento da dor crônica (Kurita & Pimenta, 2004).

Crenças e atitudes frente à dor atuam como mediadores parciais da relação entre dor e incapacidade (Alcântara, 2008). Pessoas ao observarem sua condição crônica como recorrente, acreditando terem consequências graves, se percebem como tendo baixo grau de controle sobre a dor (Moss-Morris et al, 2002; Stuifbergen, Phillips, Voelmeck & Browder, 2006; van Wilgen, van Ittersum, Kaptein, & van Wilje, 2008 citado por Stantiall, 2010; Nicklas, Dunbar & Wild, 2009).

A inter-relação entre as crenças demonstrada por estes muitos estudos provam o quanto exercem influência sobre a manifestação e os resultados associados à dor crônica. Consequentemente estas crenças se refletem na atitude em relação à adesão ao tratamento e ao gerenciamento da dor, fatores primordiais no processo de adaptação na dor crônica.

3.3.7 Adesão ao tratamento e Gerenciamento da dor

O gerenciamento da dor a que se refere este trabalho está relacionado aos procedimentos terapêuticos específicos utilizados pelo médico no controle do quadro algico, bem como nos procedimentos atitudes e comportamentos utilizados pelo paciente durante o processo de tratamento da dor.

Da perspectiva médica, esse gerenciamento tem uma característica objetiva, envolvendo, tanto da parte do médico como do paciente, procedimentos e comportamentos direcionados ao tratamento da patologia - o que implica, ao menos no que se refere ao paciente, numa certa semelhança ao conceito de enfrentamento.

Da perspectiva psicossocial esse gerenciamento diferencia-se do enfrentamento por assumir uma característica mais avaliativa compreendendo, tanto da parte do médico, como do paciente numa avaliação dos esforços do paciente em direção à sua cura, bem como de um bom prognóstico. Tal como no enfrentamento, conhecer as relações entre o gerenciamento da dor e os diversos significados a ela atribuídos, também permitiria pensar estratégias mais eficientes de intervenção do problema.

Na prática clínica com certa frequência o profissional de saúde se defronta com algumas dificuldades para tratar o paciente, como a questão da baixa adesão do paciente ao tratamento (Salgado, 2008). Adesão ao tratamento se traduz por aceitação da terapia e adequado seguimento da mesma. Vários fatores influenciam na adesão, entre eles as características da terapia, as peculiaridades do paciente, aspectos da relação com a equipe multiprofissional e as variáveis sócio-econômicas (Kurita & Pimenta, 2003).

“A definição tradicional de adesão refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde ao conselho do médico, avaliada pelo comparecimento às consultas

marcadas, às tomadas das prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida” (Oigman, 2006, p.30).

Leite e Vasconcelos (2003) referem existir uma ausência consensual sobre o conceito, ressaltando que os trabalhos nesta área representam diferentes abordagens sobre o tema. Dentre os pressupostos assumidos para o estudo da adesão, encontram-se os que focalizam o fenômeno no paciente e aqueles que procuram a compreensão em fatores externos ao paciente.

O papel do paciente no seu tratamento, incluindo os fatores relativos ao paciente na adesão, pode ser compreendido por meio de seus valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento. Inclusive a não-adesão pode ser compreendida como um comportamento desviante e irracional (Leite & Vasconcelos, 2003).

O comportamento desviante e irracional responsável pela não adesão pode ser resultado da ignorância dos pacientes (ou responsáveis) sobre a importância do tratamento, da pouca educação da população (em casos de classes menos privilegiadas), ou simplesmente desobediência e não cumprimento das orientações dos profissionais de saúde (Leite & Vasconcelos, 2003).

Alguns destes fatores são relacionados a uma classificação do paciente como difícil. O médico considera um paciente difícil quando este apresenta uma reação negativa, seja ela manifestada por um comportamento emocional ou aspectos clínicos. Frequentemente esses pacientes sofrem com problemas crônicos, dor e não são receptivos ao tratamento médico tradicional (Salgado, 2008).

Podem ser caracterizados por despertarem no médico uma sensação de ansiedade, realizar visitas frequentes ao consultório, receberem mais prescrições, efetuarem muitos exames laboratoriais, receberem mais encaminhamentos que outros pacientes (Al-Othman et al., 2008; Salgado, 2008), além de tipicamente interferirem no protocolo clínico usual (Al-

Othman et al., 2008). Também são caracterizados por apresentarem inúmeros problemas crônicos e agudos simultaneamente e têm ainda uma maior probabilidade de apresentarem perturbações depressivas ou ansiosas, expectativas irrealistas, baixa capacidade funcional e menor satisfação (Salgado, 2008).

Os pacientes com dores crônicas apresentam condições desfavoráveis à adesão, possuem história longa de dor, sofrimento psíquico, comprometimento laboral e físico e descrença e insatisfação quanto aos resultados do tratamento. Tais condições além de desfavorecerem a adesão, prolongam a dor e o sofrimento, prejudicam a funcionalidade física e psíquica e prejudicam a qualidade de vida (Kurita & Pimenta, 2003).

Torna-se válido lembrar que o tratamento do paciente portador de doença crônica baseia-se na adaptação a esta condição, priorizando instrumentalizar o doente por meio de recursos próprios, para que desenvolva mecanismos que lhe permitam conhecer seu processo saúde/doença a fim de identificar, evitar e prevenir complicações e agravos (Silveira & Ribeiro, 2005). Através do conhecimento dos fatores envolvidos no processo de adesão ao tratamento da dor crônica se faz possível optar por intervenções que otimizem a adesão e, por consequência, atuem no controle da dor crônica (Kurita & Pimenta, 2003).

A Pain Associates International Network - PAIN (2002) organizou um consenso em Aachen na intenção de elaborar um conceito prático, com a finalidade de implementar um aperfeiçoamento na qualidade da assistência oferecida aos doentes com dores e procurou levantar as seguintes questões direcionadas aos participantes doentes: "Como se sente?" (declarações básicas). "O que espera de mim?" "O que está disposto a fazer?" (vontade/disponibilidade). As perguntas citadas estão diretamente relacionadas ao gerenciamento e às estratégias de enfrentamento da dor. Os participantes do consenso explanaram suas opiniões a respeito da importância desse foco no tratamento.

Dentre as contribuições de seus participantes, Jonh Tanner retrata a importância de educar o doente no sentido de se empenhar mais no controle e manejo do seu estado doloroso. A reconstituição/reabilitação funcional exige tratamento interdisciplinar, com educação e qualificação do doente para decidir sobre as suas próprias opções. As vantagens dessas ações para os indivíduos com dores músculo-esqueléticas crônicas dependentes de instituições assistenciais seriam: o alívio da dor, a melhora da funcionalidade, a redução das necessidades de medicação (desde que seja possível) e a redução da morbidade concomitante - especialmente em relação aos aspectos psicológicos.

Em 2003, a PAIN organizou outro consenso em Saltzburg elaborando práticas e conceitos de validade internacional, que pudessem ser metodologicamente usados para a melhoria dos processos da gerência da dor e dos resultados da prática clínica. A publicação da PAIN objetiva motivar os profissionais e os pacientes para desenvolverem as suas próprias medidas de melhoria, mediante o desenvolvimento de conceitos e algoritmos para medir o desempenho e os resultados do tratamento, além de controlar as influências de aspectos psicossomáticos e psicossociais da dor.

Este consenso destaca a importância do gerenciamento da dor e traz muitas contribuições de seus participantes para melhorar a qualidade dessa gerência. Segundo Colette Andrée “não existe essa coisa de tratar a dor, mas de tratar pessoas que sofrem com a dor”, de forma individualizada e respeitosa, experimentando menos dor e melhor enfrentamento.

As opiniões dos participantes para melhorar a qualidade da gerência da dor destacadas pela PAIN foram:

- Realização de uma avaliação minuciosa;
- Incentivar o trabalho multidisciplinar;

- Equipe de médico, psicólogo e médico (ou outros terapeutas) devem trabalhar em conjunto com o paciente, família, local de trabalho;
- Desenvolvimento de um modelo integrado de cuidados;
- Definição da necessidade real do doente;
- Traçar um plano de tratamento;
- Mudar comportamentos;
- Melhorar a educação do paciente como uma estratégia para melhorar a adesão do paciente;
- Melhorar o conhecimento teórico e prático da dor;
- Ouvir a queixa do paciente;
- Ajudar o paciente a compreender, aceitar e controlar a sua dor. Capacitar o paciente a assumir a responsabilidade pela gestão da própria dor e viver a vida de forma plena e ativa na medida do possível.

As ações de gerenciamento dizem respeito tanto ao médico como ao paciente, exigem modificações de crenças, comportamentos e atitudes que induzam o médico e o paciente a uma melhor gerência da dor, incluindo melhor estratégia de enfrentamento da dor por parte do paciente.

Em meio a este contexto, o presente trabalho buscou acessar os significados atribuídos à dor por doentes crônicos a fim de melhor caracterizá-los. Tal caracterização se faz importante na opção e gerenciamento do tratamento que possivelmente determinarão os resultados associados à dor crônica.

CAPÍTULO IV - ESTUDO EMPÍRICO - O SIGNIFICADO DA DOR

Método

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo Geral

Analisar os significados atribuídos à dor por pacientes portadores de dor crônica, sob tratamento em consultórios médicos e de fisioterapia, pertencentes às redes de atendimento de saúde pública e privada da cidade de João Pessoa.

Para alcançar este objetivo, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

4.1.2 Objetivos Específicos

- 1- Identificar os significados (o repertório semântico) atribuídos à dor por parte de pacientes através da técnica da Associação Livre;
- 2- Analisar os significados por sinonímia e semântica, formando agrupamentos que permitam organizar esses significados em categorias semânticas;
- 3- Caracterizar os participantes da pesquisa, traçando um perfil dos pacientes estudados em termos de sexo, idade, escolaridade, tipo de dor e intensidade da dor;
- 4- Identificar as categorias semânticas consideradas como mais importantes pelos pacientes;
- 5- Relacionar essas categorias mais importantes com as características dos pacientes – sexo, idade, escolaridade, tipo e intensidade da dor;
- 6- Comparar as frequências dessas categorias mais importantes nos dois tipos de ambiente terapêutico abordados neste estudo – consultórios públicos e privados;

- 7- Identificar os significados atribuídos à dor por parte de pacientes em uma situação de entrevista semi-estruturada;
- 8- Investigar a estruturação desses significados em função das características dos pacientes – sexo, idade, escolaridade, tipo e intensidade da dor;
- 9- Investigar a estruturação desses significados em função dos dois tipos de ambiente terapêutico abordados neste estudo.

Nesta pesquisa utilizou-se um delineamento não-experimental, caracterizado como exploratório, descritivo e analítico, com uma abordagem aos dados tanto qualitativa como quantitativa. A abordagem qualitativa permitiu conhecer o conjunto de significados, o repertório semântico atribuído à dor, enquanto a abordagem quantitativa permitiu analisar estatisticamente, de maneira mais objetiva, as relações entre o significado da dor e as características dos pacientes estudados, assim como dos ambientes terapêuticos onde o estudo foi realizado.

Pela natureza exploratória e descritiva dos dados, assim como pela inexistência de dados empíricos anteriores ou de literatura teórica pertinente, não são aqui apresentadas hipóteses ou expectativas relativas aos objetivos acima elencados.

4.2.1 Participantes

A amostra foi composta por 100 participantes, subdivididos em dois grupos: cinquenta pacientes de ambos os sexos, frequentadores de consultórios médicos ou fisioterapêuticos particulares e cinquenta pacientes de ambos os sexos, frequentadores de consultórios médicos ou fisioterapêuticos da rede de saúde pública da cidade de João Pessoa, PB.

A amostra foi constituída pelo critério de conveniência, de acordo com a disponibilidade e voluntariedade em responder à entrevista, por parte dos pacientes que estavam aguardando atendimento nos consultórios. De igual modo, os consultórios, tanto da rede pública como da privada onde as entrevistas foram feitas, foram escolhidos pelo critério de conveniência, em função da facilidade de acesso da pesquisadora e permissão para a realização da pesquisa por parte dos profissionais responsáveis pelos mesmos.

A amostra caracteriza-se então como não-probabilística por conveniência (Cozby, 2003), prestando-se aos objetivos do presente estudo, uma vez que não se pretende a sua generalização e sim a descrição e análise de um conjunto específico de elementos presentes na amostra.

Como critérios de inclusão na amostra, todos os participantes deveriam ser pacientes com dor crônica, maiores de 18 anos e frequentar consultórios médicos especializados em doenças crônicas e/ou clínicas de fisioterapia da cidade de João Pessoa. No início da abordagem ao paciente, perguntou-se acerca da duração da dor (quanto tempo sente dor), com o objetivo de caracterizá-la como dor crônica, para fins de inclusão na amostra.

Foram excluídos da amostra dezenove pacientes que apresentavam patologias que poderiam gerar algum déficit cognitivo (por exemplo: Alzheimer, Parkinson, Lupus, etc), e assim prejudicar a sua capacidade de compreensão e resposta. Foram excluídos também cinco casos por omissão de respostas quanto à escala de intensidade da dor e um por se negar a hierarquizar as respostas obtidas na associação livre durante o procedimento de valoração dos significados, totalizando assim vinte e cinco casos excluídos.

A coleta de dados foi realizada em consultórios particulares de clínica médica especializada em dor, em acupuntura, em neurologia e em consultórios de fisioterapia da cidade de João Pessoa; foi realizada também nos ambulatorios de neurologia, reumatologia, dor, acupuntura e fisioterapia do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY -

HULW, da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, e na Clínica-Escola do Curso de Fisioterapia da UFPB.

4.2.2. Instrumentos

Foi utilizado para a coleta dos dados desta pesquisa um roteiro de entrevista semi-estruturada contendo uma série de questões, as quais eram lidas para os participantes (vide Anexo 1). As respostas eram então anotadas pela pesquisadora da mesma forma que eram verbalizadas pelos entrevistados e outras eram gravadas. Este roteiro de entrevista era composto por quatro partes, contendo cada uma delas um conjunto de aspectos pertinentes aos objetivos de pesquisa propostos, como se verá a seguir.

A primeira parte do roteiro compreendeu uma série de instruções relativas ao uso da técnica de Associação Livre, cujo objetivo era aferir os elementos semânticos associados à palavra-estímulo “dor”. Os participantes eram solicitados a dizer as cinco primeiras coisas que lhes viessem à mente após ouvirem a palavra-estímulo. Em seguida, eram solicitados a ordená-las, em ordem decrescente de importância, de acordo com a capacidade de melhor representar a palavra-estímulo proposta.

A técnica de associação livre consiste na apresentação de uma palavra-estímulo ao participante, para que este emita os primeiros pensamentos que lhe ocorrem ao ouvir a palavra. A utilização da técnica de associação livre foi justificada pelo caráter espontâneo e menos controlado das respostas, e pela dimensão projetiva dessa produção, que pode permitir o acesso aos elementos que constituem o universo semântico do termo, ou do objeto estudado de maneira fácil e rápida (Abric, 1994, citado por Sá, 1998).

Na segunda parte da entrevista, também voltada para a obtenção de dados acerca dos significados atribuídos à dor, foi utilizada uma técnica de entrevista aberta, semi-estruturada.

De acordo com Minayo (2004) essa técnica proporciona com muita adequação o levantamento de dados subjetivos como as atitudes, os valores e as opiniões do indivíduo entrevistado. Para Silva (2007), esse tipo de entrevista é uma fonte de acesso a fatos, idéias, crenças, condutas ou comportamentos, permitido apenas pela contribuição dos indivíduos em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Nesta parte do roteiro foram utilizadas duas perguntas orientadoras: **“Agora pense na dor que você sente. Como você pensa nessa dor? O que essa dor quer dizer para você? O que essa dor significa para você?”** e **“Agora pense na sua vida de modo geral. Que papel tem essa dor na sua vida? O que essa dor significa na sua vida?”**. As respostas dos participantes foram gravadas e posteriormente transcritas, mediante permissão do participante.

Na terceira parte do roteiro foram feitas perguntas objetivas em relação às características da dor e às condições de saúde apresentadas pelos entrevistados. Perguntou-se sobre o tipo de dor e a sua intensidade, através de uma escala numérica de dor, variando de zero (ausência de dor) a dez (pior dor possível). Perguntou-se, por fim, acerca dos problemas de saúde apresentados pelos entrevistados.

A quarta parte do roteiro abordou os dados sociodemográficos dos participantes – idade, sexo e escolaridade.

4.2.3. Procedimentos

A coleta dos dados foi realizada da seguinte forma:

Primeiramente, foi solicitada a autorização aos responsáveis pelas clínicas e consultórios particulares para abordar os pacientes. Posteriormente foi solicitada a colaboração do paciente/participante mediante consentimento do mesmo para responder a

entrevista enquanto aguardava o atendimento médico ou fisioterapêutico - deixando-o à vontade para negar-se ou interromper o procedimento a qualquer momento, caso deseje-se. Não foram observadas, por parte dos pacientes abordados, rejeições quanto à participação, foi observada apenas uma desistência após o começo da entrevista, decorrente da chegada do horário da consulta.

A coleta foi inicialmente realizada nas clínicas da rede privada (nos consultórios particulares) e posteriormente na rede pública, durante os meses de julho a novembro do ano de 2010.

A pesquisadora utilizou um roteiro para orientação da entrevista, iniciando pela aplicação da técnica de associação livre, seguida da valoração dos significados, sendo as respostas registradas no próprio roteiro pela pesquisadora. Posteriormente foi realizada a entrevista aberta, gravada e posteriormente transcrita. Ao final o participante foi questionado a respeito dos problemas de saúde apresentados e características da dor (localização e intensidade), além de algumas questões biodemográficas. Toda a aplicação dos instrumentos durou um tempo médio de 15 minutos.

4.2.4. Aspectos éticos

Considerando-se os aspectos éticos referentes às pesquisas envolvendo seres humanos, o estudo foi submetido à avaliação pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY-HULW. Os participantes foram informados previamente a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, do anonimato da sua colaboração, bem como da confidencialidade de suas respostas. Foi apresentado ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo foi elaborado de acordo com a “Resolução

nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (Ministério da Saúde, 1996), explicitando a solicitação de colaboração aos pacientes que participaram do estudo, garantindo ao participante o direito de que interrompesse sua colaboração na pesquisa a qualquer momento, caso julgasse necessário, sem que isso implicasse em constrangimento ou prejuízo de qualquer ordem.

Resultados

Serão apresentados a seguir os resultados obtidos a partir dos dados coletados. Serão analisados em primeiro lugar as características sócio-demográficas da amostra. Em seguida, serão discutidas as características dos processos algícos e das condições de saúde dos participantes. Posteriormente, será descrito e analisado o repertório semântico encontrado através da técnica de Associação Livre e os significados da dor construídos a partir desses dados semânticos; serão ainda analisadas as relações encontradas entre estes significados e as características sócio-demográficas e algícas da amostra. Por fim, serão descritos e analisados os significados da dor obtidos a partir dos dados relativos às respostas das questões abertas e semi-estruturadas.

4.3.1 Análise das características sociodemográficas dos participantes

Como se pode notar na Figura 4.1 a seguir, os participantes de sexo feminino correspondem a quatro quintos da amostra, ao contrário dos de sexo masculino, que perfazem apenas um quinto da amostra. Esta proporção da distribuição por sexo se mantém idêntica nos dois ambientes terapêuticos onde a pesquisa foi realizada – atendimento na rede pública e na rede privada, em função da busca de equivalência, pela pesquisadora, entre as

duas sub-amostras no que se refere a esta variável. Isso significa que, ao final do processo de coleta de dados, buscou-se entrevistar pacientes de sexo masculino de modo a torná-las equivalentes.

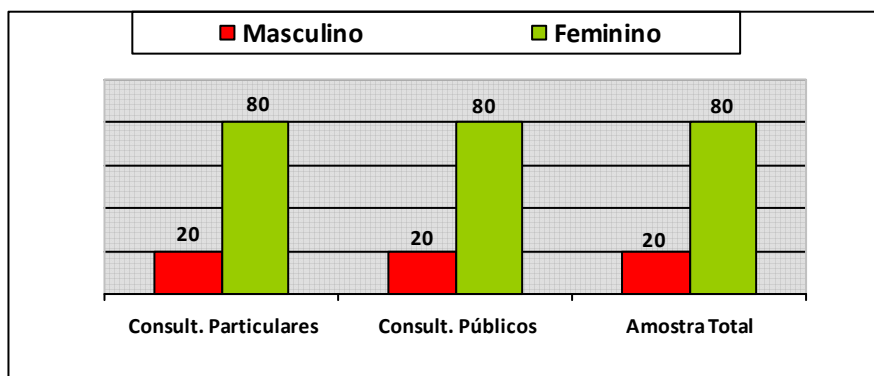


Figura 4.1. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função do Sexo, nas sub-amostras Consultórios Particulares (n=50) e Consultórios Públicos (n=50), e na Amostra Total (n=100).

Estatística: χ^2 (com Correção de Continuidade) = 0,000; G.L. = 1; N. Sig.

Um aspecto a ser destacado nestes resultados é o grande predomínio de pacientes do sexo feminino na amostra total, resultado que de resto é muito freqüente nos estudos de saúde no Brasil e mesmo em outros países. Vê-se nestes estudos, como aqui, que as mulheres são a maioria nos consultórios e nos demais ambientes de saúde.

A Idade variou entre 20 e 86 anos, com média de 54,3 anos, (DP 52,5) e moda de 52. Esta variável foi agrupada em três classes de idade para fins de análise, como descrito na Figura 4.2, a seguir. Como se pode notar, nos consultórios públicos há um predomínio de participantes com idades de 51 a 60 anos, enquanto que nos consultórios particulares predominam os participantes com idades mais elevadas. Entretanto estas diferenças não são estatisticamente significativas, o que indica equivalência entre os dois ambientes terapêuticos onde a pesquisa foi realizada, no que se refere a essa característica sociodemográfica.

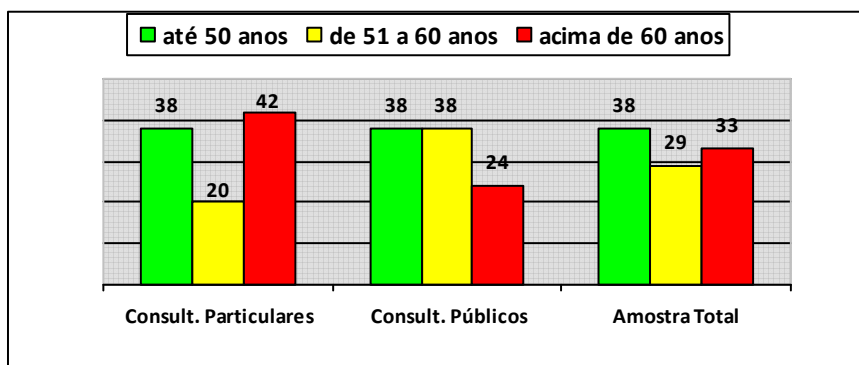


Figura 4.2. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função da Idade, nas sub-amostras Consultórios Particulares (n=50) e Consultórios Públicos (n=50), e na Amostra Total (n=100).
Estatística: $\chi^2 = 5,248$; G.L. = 2; N. Sig.

Quanto à Escolaridade, observaram-se participantes analfabetos (uma pequena minoria), com ensino fundamental incompleto, com ensino fundamental completo, com ensino médio, com ensino superior incompleto, com ensino superior completo e com pós-graduação. Para fins das análises, esta variável foi agrupada em três classes de escolaridade, como descrito na Figura 4.3, a seguir. Vale destacar que a classe “Sem Escolaridade” foi composta pelos participantes que se declararam analfabetos ou tendo apenas o ensino fundamental incompleto.

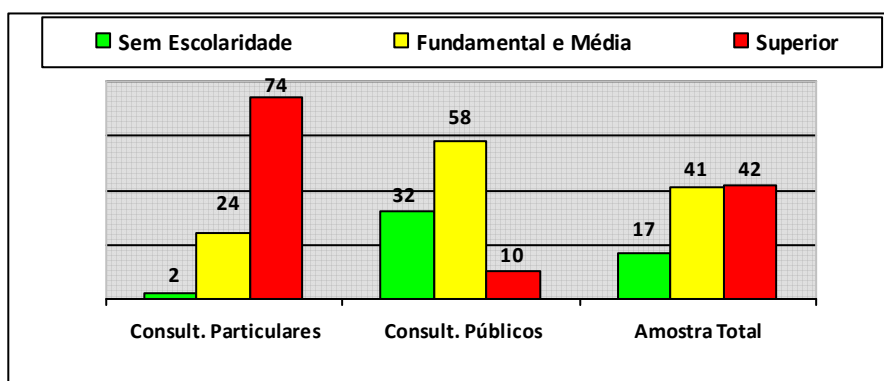


Figura 4.3. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função da Escolaridade, nas sub-amostras Consultórios Particulares (n=50) e Consultórios Públicos (n=50), e na Amostra Total (n=100).
Estatística: $\chi^2 = 44,665$; G.L. = 2; $P < 0,001$

Como se pode notar na Figura 4.3, os participantes com menor escolaridade são os entrevistados nos consultórios públicos, dentre os quais predominam os níveis fundamental e médio. Por sua vez, os pacientes que fazem uso dos consultórios particulares são os de escolaridade mais elevada, com um grande predomínio do nível superior (universitário e pós-graduação).

Estes resultados não são exatamente surpreendentes, uma vez que a clientela da rede pública de assistência à saúde é composta predominantemente, no Brasil como em João Pessoa, por pacientes oriundos das classes mais desfavorecidas, as quais são caracterizadas pela baixa escolaridade.

4.3.2 Análise das características dos processos algícos e das condições de saúde

Perguntou-se aos pacientes acerca do tipo de dor por eles sentida. As repostas foram agrupadas em função da quantidade de queixas algícas por eles relatadas. No caso de uma única queixa, referente à afecção de uma única área corporal, os pacientes foram classificados como portadores de dor do tipo Focal. No caso de múltiplas queixas, referentes à afecção de duas ou mais áreas corporais, os pacientes foram classificados como portadores de dor do tipo Multifocal. A distribuição dos pacientes de acordo com esta classificação encontra-se descrita na Figura 4.4, a seguir.

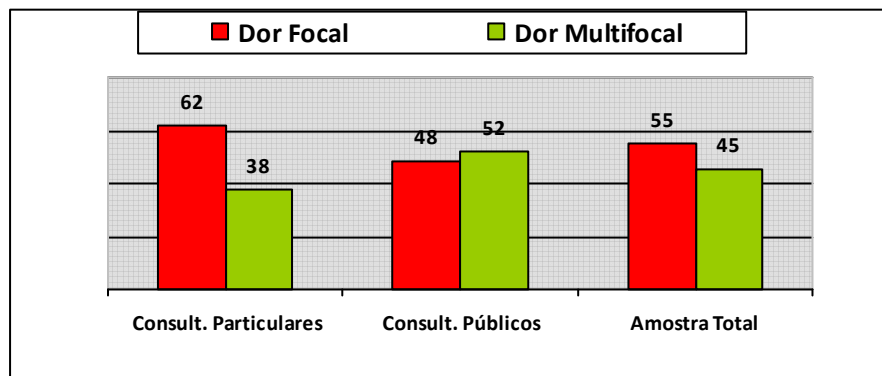


Figura 4.4. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função do Tipo de dor relatado, nas sub-amostras Consultórios Particulares (n=50) e Consultórios Públicos (n=50), e na Amostra Total (n=100).

Estatística: X^2 (com Correção de Continuidade) = 1,455; G.L. = 1; N. Sig.

Como se pode notar na Figura 4.4, há uma pequena predominância dos quadros álgicos focais na amostra total, a qual se repete no ambiente terapêutico privado. Entretanto, a avaliação estatística não permite concluir pela diferença entre os dois ambientes terapêuticos no que se refere a esta variável, podendo-se então supor uma equivalência entre eles.

Perguntou-se também acerca da intensidade da dor sentida, avaliada através de uma escala numérica de dor, variando de zero (ausência de dor) a dez (pior dor possível). A intensidade da dor variou entre zero e dez, com três pacientes relatando inexistência de dor e quatorze relatando a dor máxima, no momento da entrevista. A média de intensidade de dor obtida foi de 6,7, com um desvio-padrão de 2,45 e uma moda de 8.

Para fins das análises, esta variável foi agrupada em três classes, como descrito na Figura 4.5, a seguir. A intensidade baixa agrupa os pacientes que referiram intensidade da dor até o escore 5; a intensidade mediana agrupa os pacientes que referiram intensidade da dor entre os escores 6 e 7; e a intensidade alta agrupa os pacientes que referiram intensidade da dor entre os escores 8 e 10. Esta divisão tentou aproximar-se de uma distribuição de frequências correspondente aos tercis, sendo a variabilidade observada na amostra total, na

Figura 4.5, decorrente da diversidade efetiva na distribuição dos escores dessa variável na amostra.

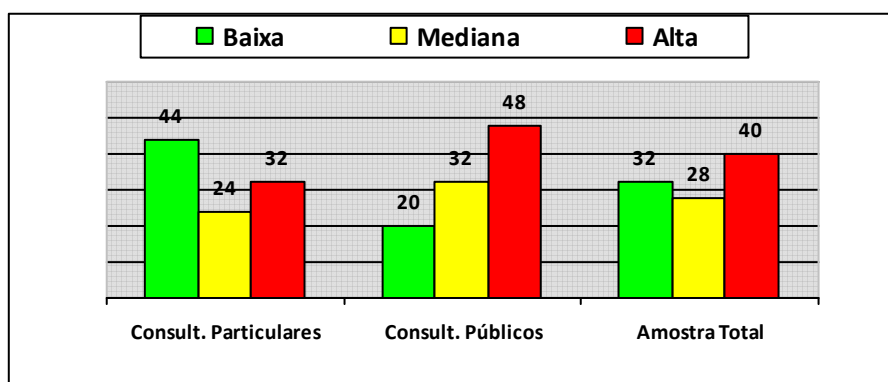


Figura 4.5. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função da Intensidade da dor relatada, nas sub-amostras Consultórios Particulares (n=50) e Consultórios Públicos (n=50), e na Amostra Total (n=100).

Estatística: $\chi^2 = 6,671$; G.L. = 2; $P < 0,05$

Como se pode notar na Figura 4.5, há na amostra total uma predominância de pacientes que referem dor com uma intensidade bastante elevada. Se computadas as duas classes superiores de intensidade, perfazem dois terços do total; se considerada apenas a intensidade alta, dois quintos – quase a metade – da amostra. Nota-se ainda que este padrão corresponde apenas ao ambiente terapêutico dos consultórios públicos. Nos consultórios particulares o padrão é exatamente o oposto, com um predomínio das avaliações de baixa intensidade – quase a metade da amostra.

Não que se possa afirmar que os usuários do sistema privado de saúde sentem menos dor que os do sistema público. Provavelmente, existem padrões distintos de uso dos sistemas de saúde e não uma percepção distinta do sintoma álgico. É provável que se esteja lidando de forma diferenciada entre os dois ambientes terapêuticos, com dois padrões de uso dos sistemas de saúde – um uso emergencial e eventual, correspondente às ocorrências mais intensas dos sintomas álgicos, e um uso mais recorrente e continuado, correspondente a um tratamento regular e um gerenciamento permanente e adequado do processo álgico. É

provável também que o primeiro padrão corresponda, predominantemente, ao ambiente público, enquanto o segundo padrão corresponda predominantemente ao ambiente terapêutico privado.

Os três pacientes que relataram uma intensidade zero são pertencentes ao ambiente terapêutico privado, o que torna estes resultados mais interessantes.

Pode-se supor também que pacientes com melhores condições socioeconômicas – aqueles usuários do sistema privado, tanto recebem melhor atenção por parte do sistema de saúde, como podem permanecer e completar o tratamento, de modo a experimentarem um gerenciamento mais eficiente do processo algico. Além disso, fatores como escolaridade – que neste estudo difere entre os dois ambientes terapêuticos, rede de apoio social, adesão ao tratamento, e outros mais, poderiam influenciar esse resultado, mas sua abordagem fugiria ao escopo deste trabalho.

Serão analisadas agora as patologias e problemas de saúde associados apresentadas pelos participantes deste estudo. Essas patologias foram bastante variadas. Entretanto, na maioria dos casos, corresponderam às patologias mais características e frequentes nas respectivas especialidades médicas às quais se vinculavam os consultórios em que se fez a coleta de dados – reumatologia, neurologia, acupuntura, dor e fisioterapia. As patologias menos específicas às especialidades médicas desses consultórios foram referidas pelos pacientes como associadas àquelas mais específicas e frequentes.

Como exposto mais acima, na parte do Método, foram excluídos da amostra aqueles pacientes que apresentaram patologias que poderiam gerar algum déficit cognitivo, como Alzheimer, Parkinson, Lupus, etc.

Dentre os problemas mais frequentemente encontrados foram apresentados os seguintes quadros: problemas de coluna, lombalgia, cervicalgia, hérnia de disco, escoliose, fibromialgia, síndrome dolorosa miofascial, gota, tendinite, tenosinovite, bursite, artrose,

ruptura do manguito rotador, capsulite adesiva, síndrome do túnel do carpo, esporão calcâneo, menisco, ciatalgia, cocixalgia, enxaqueca, etc.

Foram apresentados também quadros menos específicos às especialidades médicas dos ambientes terapêuticos incluídos na coleta de dados, tais como: diabetes, hipertensão, estenose, hepatite, HTLV I, problema renal, cardiopatia, labirintite, síndrome da fadiga crônica, hérnia de hiato, ulcera gástrica, hipotireoidismo, cálculo renal, hipertireoidismo, sinusite, refluxo, linfedema, microderrames cerebrais, insônia, fibrose pulmonar, rinite alérgica, depressão, hemorróida, entre outras.

As patologias apresentaram-se de modo bastante disperso, sem que se pudesse perceber um padrão de resultados ou uma tendência que permitisse alguma análise além da mera descrição dos dados. Sendo assim, essas informações foram usadas apenas para possibilitar a aplicação do critério de exclusão amostral, como exposto acima.

4.3.3 Análise dos significados da dor obtidos a partir da Associação Livre

As respostas de cada grupo de pacientes (consultórios particulares e consultórios públicos) à associação livre referente à palavra estímulo “dor” foram transcritas para o Windows Excel e analisadas separadamente, através de um procedimento de análise de conteúdo.

Como visto acima, no Método, cada participante emitiu cinco respostas e posteriormente, no processo de valoração dos significados, hierarquizou-as em uma ordem de importância. Para a presente análise, foram consideradas apenas as três respostas ordenadas com mais importantes (1, 2 e 3), descartando-se para cada participante as duas respostas que receberam as últimas pontuações de importância (4 e 5). Desse modo, foram consideradas como integrando o *corpus* de análise apenas as respostas mais salientes ou mais

relevantes em termos de significado. Formou-se assim um conjunto de 150 descritores em cada conjunto de respostas (consultórios particulares e consultórios públicos), com os quais se realizou uma análise de conteúdo.

Esses descritores foram agrupados inicialmente por um critério de sinonímia; posteriormente, em uma segunda análise, os agrupamentos obtidos foram organizados a partir de um critério semântico, de acordo com os conteúdos definidores dos conjuntos de descritores pré-formados. Por fim, os novos agrupamentos resultantes foram classificados por um critério hermenêutico, construindo-se assim seis categorias semânticas que corresponderiam aos significados atribuídos à dor pelos participantes do estudo.

Este procedimento foi feito independentemente em cada conjunto de respostas, e ao final, constatada a correspondência entre as categorias usadas nos dois conjuntos para significar a dor, estas foram unidas numa mesma análise.

Nas Tabelas 4.1 e 4.2, a seguir, encontram-se resumidos os resultados dessas análises de conteúdo para as respostas dos pacientes de consultórios particulares e de consultórios públicos, respectivamente.

Tabela 4.1- Respostas dos pacientes de consultórios particulares à associação livre produzida a partir da palavra-estímulo “Dor”, organizadas em categorias semânticas, com seus respectivos conteúdos definidores, descritores e respostas exemplares (n = 150).

Categorias Semânticas	Conteúdos definidores	Descritores	Respostas exemplares
Tautológica	Natureza da dor: aspectos descritivos	a) Pontos ou áreas de dor; partes do corpo; tipos de dor b) Características simbólico-valorativas e metafóricas da dor	minha coluna; dor na coluna; joelho; dor na cabeça; nas minhas dores que é demais; neuropatia; etc. dor de uma perda familiar; dor que vi minha mãe sentir; um câncer (a pior que tem); doença; constante, etc.
Emotivo-negativa	Emoções negativas e estados internos negativos	Emoções negativas e estados internos negativos	irritação; impaciência; angústia; tristeza; medo; desespero; desânimo; etc.
Teleológico-subjetiva	Consequências pessoais subjetivas da dor – dimensão emocional	Sufrimento (Consequências pessoais subjetivas da dor)	sofrimento; incomodo; desconforto; mal-estar; desprazer; etc.
Teleológico-objetiva	Consequências pessoais objetivas da dor – dimensão funcional	Limitações (Consequências pessoais objetivas da dor)	limitação; não poder mais fazer nada; dependência; inutilidade; etc.
Adaptativa	Enfrentamento da dor (tratamento ou resignificação da dor)	a) Tomar remédio, tratar a dor, buscar não sentir dor. b) Ressignificar a dor	tomar remédio para passar; tratar; estou precisando de ajuda profissional; tomar mais cuidado com o corpo; etc. aprender a conviver com ela; paciência; dor é uma coisa normal que todo mundo sentia; faz parte do dia-a-dia; ter consciência que se eu tô passando por isso eu mereço; etc.
Respostas não-categorizadas	-	Não se enquadram nas categorias construídas ou não fazem sentido	dor até hoje, dor que é intensa eu não sinto nada; uma vitória.

Tabela 4.2 - Respostas dos pacientes de consultórios públicos à associação livre produzida a partir da palavra-estímulo “Dor”, organizadas em categorias semânticas, com seus respectivos conteúdos definidores, descritores e respostas exemplares (n = 150).

Categorias Semânticas	Conteúdos definidores	Descritores	Respostas exemplares
Tautológica	Natureza da dor: aspectos descritivos	a) Pontos ou áreas de dor; partes do corpo; tipos de dor b) Características simbólico-valorativas e metafóricas da dor	na dor mesmo; dor de cabeça; dor nos ossos; também sinto muitas dores; etc. a dor de uma perda; dor na alma; ver um filho no mundo das drogas; etc.
Emotivo-negativa	Emoções negativas e estados internos negativos	Emoções negativas e estados internos negativos	desânimo; angústia; desespero; medo; impaciência; preocupação; irritação; estresse; etc.
Teleológico-subjetiva	Consequências pessoais subjetivas da dor – dimensão emocional	Sufrimento (Consequências pessoais subjetivas da dor)	sofrimento; incomoda; desconforto; é difícil de suportar; pessoa, é tão ruim, triste, não deixa ficar em paz; etc.
Teleológico-objetiva	Consequências pessoais objetivas da dor – dimensão funcional	Limitações (Consequências pessoais objetivas da dor)	dificuldade para se movimentar; não poder mais trabalhar; ficar parálitica; não conseguir dormir; etc.
Adaptativa	Enfrentamento da dor (tratamento ou resignificação da dor)	a) Tomar remédio, tratar a dor, buscar não sentir dor. b) Resignificar a dor	tomar remédio; procurar um médico; tratamento; procurar fazer fisioterapia; melhorar; ficar boa; ficar livre da dor; etc. clamar por Jesus; pedir a Deus pra dar saúde, paz e sossego; significa purificação do espírito; tem uma dor que já se torna companheira; compaixão; amigos; etc.
Político-social	Problemas sociais	Ações governamentais e problemas sociais	os governos devem dar mais assistência; a falta de atenção dos responsáveis; falta de emprego; falta de moradia; etc.

Continuação da Tabela 2.

Categorias Semânticas	Conteúdos definidores	Descritores	Respostas exemplares
Respostas não-categorizadas	-	Não se enquadram nas categorias construídas ou não fazem sentido	Despreparo psicologicamente; alimentação com muita química, aí vêm as doenças; desunião.

As categorias construídas são as seguintes: Tautológica; Emotivo-negativa; Teleológico-subjetiva; Teleológico-objetiva; Adaptativa; e Político-social (que só apareceu nas respostas dos consultórios públicos). Foram destacadas também as respostas que não puderam ser categorizadas, seja por não terem um sentido aparente, seja por não corresponderem à organização dos descritores efetivamente construída e não se enquadrarem em nenhuma das categorias formuladas.

A Categoria Tautológica foi definida pela natureza da dor, pelos seus aspectos descritivos, os pontos ou áreas de dor, as partes do corpo onde a sensação de dor foi manifestada, os tipos de dor, incluindo imagens que repetem o sentido da palavra-estímulo, não elegendo exatamente um significado para dor. O uso dessa categoria para significar a dor implica numa estratégia tautológica, ou seja, referir-se à dor como “dor” ou como “corpo que dói”. Em alguns casos, observou-se também o uso de metáforas para simbolizar a dor, tais como referências à dor moral, à dor emocional, etc.

O uso dessa semântica tautológica corresponde provavelmente a uma incapacidade de abstrair a condição da dor, de deslocar-se da dimensão orgânica da experiência algica e de representá-la para além dela mesma. Uma incapacidade, enfim, de subjetivá-la.

Neste sentido, a dor é a dor, é estritamente sensação orgânica, é o corpo que dói. O seu significado não vai além da sua evidência corporal, da sensação ou da afecção do corpo. No máximo, em termos metafóricos, ele remete à comparação entre tipos de afecções. Pela incapacidade de subjetivar a dor, ela é significada de modo comparativo, equivalendo-se a outras formas de dor, a dor moral ou a dor emocional.

Em termos funcionais, o uso dessa semântica da dor representaria uma nuclearização simbólica na dor em si, uma “prisão lógica” na experiência algica, correspondente ao que, na literatura acerca das crenças disfuncionais e pensamentos irracionais, é tratado como

“reverberação”, ou “pensamento reverberativo”. Refletiria a incapacidade de libertar-se dessa experiência.

A Categoria Emotivo-negativa foi definida a partir de referências a emoções e estados internos negativos, e da descrição de sensações negativas despertadas pela dor, tais como angústia, medo e desespero. Neste sentido, a dor é mais que “o corpo que dói”, mais do que uma sensação orgânica – é uma emoção negativa. O seu significado vai além da sua evidência corporal, da sensação ou da mera afecção do corpo. Ele remete ao ser que sente, que sofre, e está focado no “Eu” do doente, esse ser que sente e sofre.

O uso dessa semântica, tal como na semântica Tautológica, também corresponderia provavelmente a uma incapacidade de abstrair a condição da dor. Entretanto, aqui já se observa um deslocamento da dimensão orgânica da experiência álgica em direção à sua dimensão emocional. Há aqui uma representação incipiente da dor para além dela mesma, um princípio de subjetivação dessa dor, ainda que o foco dessa subjetivação seja a afecção do “Eu”, ao invés da afecção do corpo.

Apesar de descentrada em relação à mera sensação, essa semântica da dor ainda está centrada na experiência álgica, só que da perspectiva do “ser que sofre”, e não do corpo afetado. Em termos funcionais, o uso dessa semântica da dor representaria igualmente uma nuclearização simbólica na dor em si, uma “prisão lógica” na experiência álgica, como no caso da semântica Tautológica, e refletiria uma incapacidade de libertar-se dessa experiência. Ele estaria ainda, como no caso da semântica Tautológica, associado à “reverberação” e ao “pensamento reverberativo”.

A Categoria Teleológico-subjetiva refere-se à atribuição de significados à dor a partir (ou em função) de suas consequências pessoais subjetivas. A experiência álgica é vista como sofrimento, incômodo e mal-estar; é significada a partir de suas consequências situadas na dimensão emocional.

Neste caso, a expressão da semântica da dor dá-se através de representações estruturadas em um nível de descentração bem maior que o da categoria anterior, pelo fato de estarem focadas não na experiência algica, mas em suas conseqüências. Entretanto, sua natureza subjetiva, expressa pela circunscrição na dimensão emocional dessas conseqüências, também remete o foco semântico para o “Eu” do doente, para o ser que sente e sofre. Assim, o discurso ainda que liberto da dor em si, encontra-se preso na experiência valorativa dessa dor e na sua avaliação em termos de conseqüências pessoais emocionais.

A característica emocional dessa significação da dor insere-a, do mesmo modo que nas duas anteriores, na possibilidade de implicação nos processos cognitivos disfuncionais reverberativos. Por sua vez, a característica teleológica introduz mais uma possibilidade de disfuncionalidade cognitiva, que se configura nas estratégias de catastrofização. Concretamente, um discurso que se expressa em termos de conseqüências emocionais negativas pode implicar numa avaliação catastrofista da experiência algica. Na verdade é o que aparentam referir algumas das respostas exemplares descritas nas Tabelas 4.1 e 4.2, acima, pertinentes a esta categoria semântica.

A Categoria Teleológico-objetiva, por sua vez, referiu-se às conseqüências pessoais objetivas da dor, às limitações físicas e objetivas impostas pela dor, tais como a invalidez, a fadiga, o fato de não poder mais trabalhar e o medo de tornar-se dependente de outras pessoas, não poder dormir, etc.

Neste caso, a expressão da semântica da dor dá-se através de representações estruturadas em um nível de descentração bem mais amplo que o da categoria anterior, pelo fato de estarem focadas não na experiência algica ou em suas conseqüências emocionais e subjetivas, tampouco no “Eu” do paciente, mas sim nas conseqüências fácticas, objetivas, dessa experiência – suas implicações efetivas na instrumentalização do mundo físico e social pelo paciente.

O núcleo de significação aqui não é o corpo que sofre ou o ser que sofre. O que importa aqui é a ação e a inserção (na verdade, as suas ausências ou restrições) no mundo físico e social. Assim, o núcleo de significação é o ser impedido e limitado, o ser diminuído e fraturado pela experiência algica.

De igual modo que na categoria anterior, a característica teleológica funcional vincula esta categoria à possibilidade de disfuncionalidade cognitiva configurada nas estratégias de catastrofização. Concretamente, um discurso que se expressa em termos de consequências funcionais negativas pode implicar numa avaliação catastrofista da experiência algica. É o que aparentam referir algumas das respostas exemplares descritas nas Tabelas 4.1 e 4.2, acima, pertinentes a esta categoria semântica.

Por fim, a Categoria Adaptativa, uma visão mais positiva em relação à dor, refere-se a respostas de enfrentamento do problema algico, como a procura de resolução na forma de tratamento, por exemplo: “procurar o médico” e “tomar medicação”. Também incluiu respostas referentes a um processo de resignificação da dor, uma reelaboração cognitiva do significado da dor, transformando sua idéia e sentido em algo novo, diferente, como por exemplo: “ficar boa”, “paciência”, “faz parte do dia-a-dia”.

Em termos funcionais, esta categoria claramente reflete um posicionamento diante da experiência algica, que situa o paciente o mais distante possível dela, seja por concebê-la como algo que precisa ser efetivamente enfrentado, seja por enfrentá-la, já, através de uma estratégia cognitiva de resignificação que reduz seu poder de afecção.

O núcleo semântico aqui não é a afecção, o corpo ou o ser que sofre, tampouco as consequências negativas dessa experiência; o foco nesta categoria está posto fora da dor e do doente – está posto no enfrentamento, na resolução, na adaptação, enfim, na saúde. O discurso sobre a dor aqui se encontra o mais distante possível dela mesma, voltado para sua eliminação.

Resta ainda a Categoria Político-social, emergente entre os participantes da rede pública, que se referiu a questões sociais, ações governamentais e problemas sociais. Esta categoria manifesta a insatisfação dos usuários dos serviços de saúde pública com a qualidade da assistência recebida e com a falta de apoio social. Como exemplo pode-se considerar as respostas: “os governos devem dar mais assistência” e “a falta de atenção dos responsáveis”.

Por fim, a baixa frequência de respostas que não puderam ser enquadradas no modelo de significação semântica resultante, tanto no conjunto dos consultórios particulares como no dos consultórios públicos, como se pode constatar na Tabela 4.3, mais abaixo, é um bom indicador da adequação da análise e do ajuste do modelo aos dados. As respostas sem sentido foram praticamente inexistentes, indicando que os respondentes compreenderam e desempenharam adequadamente a tarefa proposta. De igual modo, as respostas efetivamente não categorizadas por não se ajustarem ao modelo produzido também foram praticamente inexistentes, indicando que o modelo resultante foi perfeitamente ajustado aos dados analisados.

Na Tabela 4.3, a seguir, encontra-se descrita a distribuição das frequências relativas e absolutas das respostas à associação livre produzida a partir da palavra-estímulo “dor”, organizadas em função das seis categorias semânticas da dor aqui propostas, assim como das respostas não-categorizadas observadas no processo de construção do modelo proposto.

Tabela 4.3 - Frequências absolutas e relativas das respostas à associação livre produzida a partir da palavra-estímulo “Dor”, em cada uma das categorias semânticas, nas duas sub-amostras (n = 300).

Categorias Semânticas	Descritores	Consultórios Particulares		Consultórios Públicos	
		n	%	n	%
Tautológica	a) Pontos ou áreas de dor; partes do corpo; tipos de dor	17	11,3	13	8,7
	b) Características simbólico-valorativas da dor	10	6,7	8	5,3
	Sub-total	27	18,0	21	14,0
Emotivo-negativa	Emoções negativas e estados internos negativos	34	22,7	35	23,3
Teleológico-subjetiva	Sufrimento (Consequências subjetivas da dor)	32	21,3	17	11,3
Teleológico-objetiva	Limitações (Consequências objetivas da dor)	28	18,7	23	15,3
Adaptativa	a) Tomar remédio, tratar a dor, não sentir dor.	16	10,7	32	21,3
	b) Ressignificar a dor	11	7,3	13	8,7
	Sub-total	27	18,0	45	30,0
Político-social	Ações governamentais e problemas sociais	-	-	6	4,0
Respostas não-categorizadas	-	2	1,3	3	2,0
Frequência total		150	100	150	100

A partir de uma perspectiva meramente descritiva, pode-se analisar que nos ambientes terapêuticos privados há uma equivalência na proporção do uso de respostas classificadas nas diversas categorias: Tautológica (18%); Emotivo-negativa (22,7%); Teleológico-subjetiva (21,3%); Teleológico-objetiva (18,7%); Adaptativa (18%). Já nos ambientes terapêuticos públicos observa-se uma maior proporção de uso de respostas classificadas a categoria Adaptativa (30%) e uma menor proporção de uso de respostas classificadas na categoria Teleológico-subjetiva (11,3%) e Tautológica (14%).

Pode-se então concluir que os diferentes discursos sobre a dor nos ambientes terapêuticos privados são equivalentes em termos de saliência, considerada aqui em função

do uso efetivo do discurso. Já nos ambientes públicos, há uma maior saliência do discurso adaptativo, correspondendo a quase um terço das respostas obtidas.

Tabela 4.4 - Escores médios das avaliações de importância em cada uma das categorias semânticas encontradas nas respostas dos pacientes à associação livre produzida a partir da palavra-estímulo “Dor”, nas duas sub-amostras (n = 300).

Categorias Semânticas	Descritores	Escores médios de importância	
		Consultórios Particulares	Consultórios Públicos
Tautológica	a) Pontos ou áreas de dor; partes do corpo; tipos de dor	2,0	2.5
	b) Características simbólico-valorativas da dor	1.5	1.1
	Escore médio total	1.8	2,0
Emotivo-negativa	Emoções negativas e estados internos negativos	2,1	1.9
Teleológico-subjetiva	Sufrimento (Consequências subjetivas da dor)	2,5	2.1
Teleológico-objetiva	Limitações (Consequências objetivas da dor)	1,9	2.1
Adaptativa	a) Tomar remédio, tratar a dor, não sentir dor.	2,2	1.8
	b) Ressignificar a dor	2,2	2.3
	Escore médio total	2.2	1.9
Político-social	Ações governamentais e problemas sociais	-	2,0

Nota: As avaliações de importância variaram de 1 a 3, sendo 3 a **menor** importância.

A partir da análise da valoração e ordenamento de importância dos 300 descritores obtidos na associação livre pôde-se também ponderar o grau de relevância de cada categoria semântica nos dois ambientes terapêuticos estudados. O resultado encontra-se apresentado na Tabela 4.4, acima.

Como explicado anteriormente, a valoração e ordenamento de importância consistiu na atribuição de uma ordem pelo participante às palavras ou frases obtidas na associação livre. Somando-se a classificação obtida para cada resposta (primeiro, segundo ou terceiro

lugar) e posteriormente dividindo-se esse valor pelo número total de respostas observado em cada categoria, foi possível obter uma avaliação média de importância para cada uma das categorias semânticas obtidas.

Numa perspectiva meramente descritiva, pode-se analisar que nos ambientes terapêuticos privados, assim como nos públicos, há uma equivalência na relevância atribuída às respostas classificadas nas diversas categorias semânticas aqui obtidas. A maioria das avaliações situam-se bastante próximas à média aritmética teórica da escala (2,0), em ambos os ambientes terapêuticos estudados.

É provável que esta equivalência da relevância das respostas decorra do fato de que, como em seu cálculo são computadas as diferentes posições de importância propostas para o ordenamento (1, 2 e 3), as classificações mais e menos importantes sejam igualmente distribuídas entre as diversas categorias semânticas, com pequenas variações entre elas, como observado na Tabela 4.4.

Por outro lado, uma vez que se constitui num dado grupal e não individual esse ordenamento assume um valor meramente descritivo do grupo, não podendo ser utilizado em análises comparativas.

Entretanto, a partir da classificação, nas categorias semânticas, das respostas ordenadas por cada um dos pacientes como sendo a mais importante (a que recebeu o valor 1), têm-se a possibilidade de um dado individual correspondente ao agrupamento dos participantes da pesquisa nas diversas categorias semânticas propostas no modelo aqui desenvolvido.

Concretamente, utilizando para a análise apenas as respostas ordenadas como mais importantes, os respondentes foram organizados em grupos em função do uso de cada uma das cinco categorias semânticas. Para tanto, as respostas ordenadas como mais importantes foram classificadas dentro das categorias semânticas propostas, encontrando-se assim, para

cada um dos participantes do estudo, sua vinculação individual de maior relevância com as categorias semânticas.

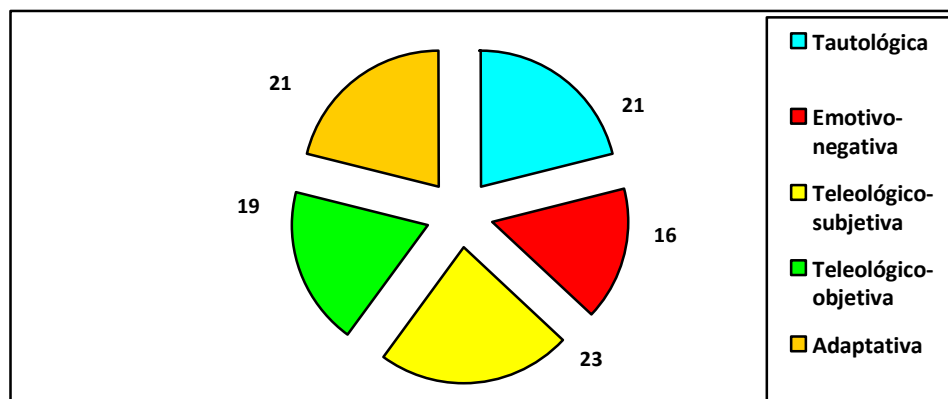


Figura 4.6. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nas categorias semânticas obtidas, na Amostra Total (n=100).

Os resultados encontram-se descritos na Figura 4.6, acima. Como se pode notar, a distribuição dos pacientes em função do uso das cinco principais categorias semânticas aqui propostas, considerando-se a resposta mais importante de cada paciente, configura-se de modo bastante equilibrado. De uma perspectiva meramente descritiva, poder-se-ia afirmar que não há grandes discrepâncias entre as proporções de uso das categorias. Este resultado, pertinente aos pacientes participantes desse estudo ($n = 100$), aproxima-se do padrão observado anteriormente na análise dos dados grupais (vide Tabela 3 acima), relativos ao total das respostas desses pacientes ($n = 300$).

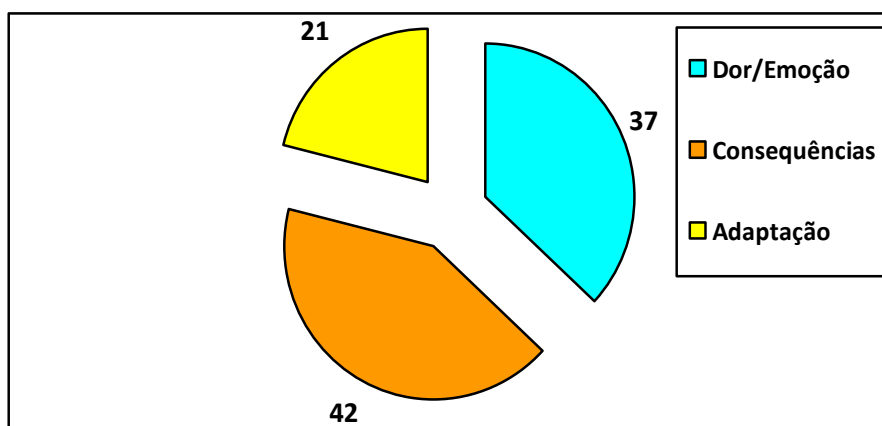


Figura 4.7. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nos três focos semânticos, na Amostra Total (n=100).

Para aprofundar a análise das proporções de uso das cinco categorias, resolveu-se reuni-las em três focos semânticos, respeitando-se a análise teórica feita mais acima em relação às mesmas. Os resultados encontram-se descritos na Figura 4.7, acima.

Assim, as categorias Teleológica e Emotivo-negativa foram reunidas num conjunto cujo foco semântico constituía-se na dor e na emoção; as categorias Teleológico-subjetiva e Teleológico-objetiva foram reunidas num conjunto cujo foco semântico constituía-se nas consequências do processo algico; por sua vez, a categoria Adaptativa manteve-se preservada, com seu foco semântico na adaptação e superação da dor.

Como se pode notar na Figura 4.7, o grupo de pacientes cuja significação da dor considerada a partir da escolha semântica mais importante assume o foco da adaptação, é o que se apresenta com uma menor proporção (21%). Concretamente, de uma perspectiva meramente descritiva, o foco da adaptação é o menos utilizado no processo de significação da dor aqui analisado. Convém também destacar que os demais focos semânticos apresentam proporções de uso equivalentes (37% e 42%, respectivamente), na amostra de pacientes estudada.

Impõe-se então indagar acerca da manutenção dessas proporções de uso, tanto das categorias como dos focos semânticos, quando comparados os dois ambientes terapêuticos aqui considerados.

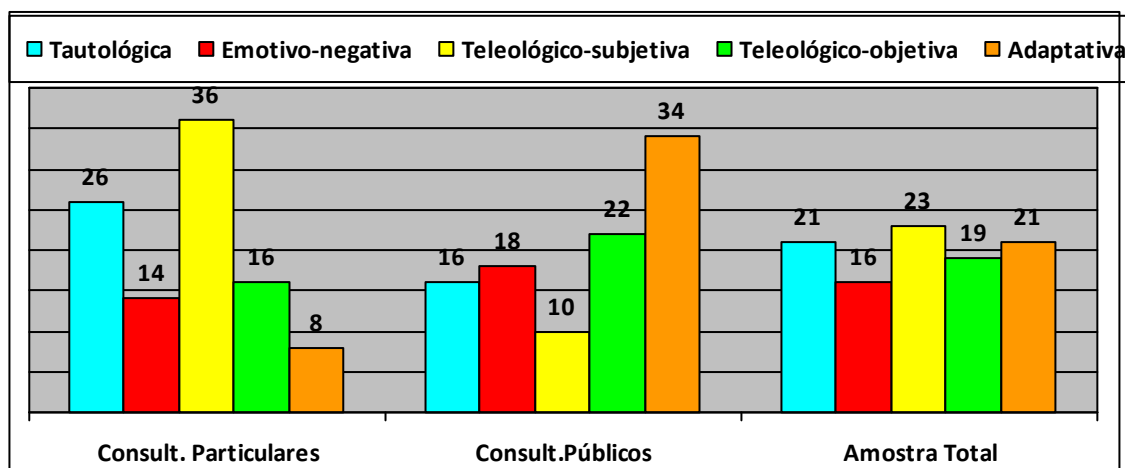


Figura 4.8. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nas categorias semânticas obtidas, nas sub-amostras Consultórios Particulares (n=50) e Consultórios Públicos (n=50), e na Amostra Total (n=100).
Estatística: $\chi^2 = 17,310$; G.L. = 4; $P < 0,01$

Na Figura 4.8, acima, encontram-se comparadas as proporções de uso das categorias semânticas nos dois ambientes terapêuticos aqui estudados. Como se pode notar, o padrão de uso das categorias nos consultórios privados e públicos é bem distinto do padrão da amostra total ($\chi^2 = 17,310$; G.L. = 4; $P < 0,01$). Nos consultórios particulares predomina o uso das categorias Teleológico-subjetiva (36) e Tautológica (26%), enquanto a categoria Adaptativa (8%) apresenta-se como quase insignificante. Já nos consultórios públicos predominam as categorias Adaptativa (34%) e Teleológico-objetiva (22%).

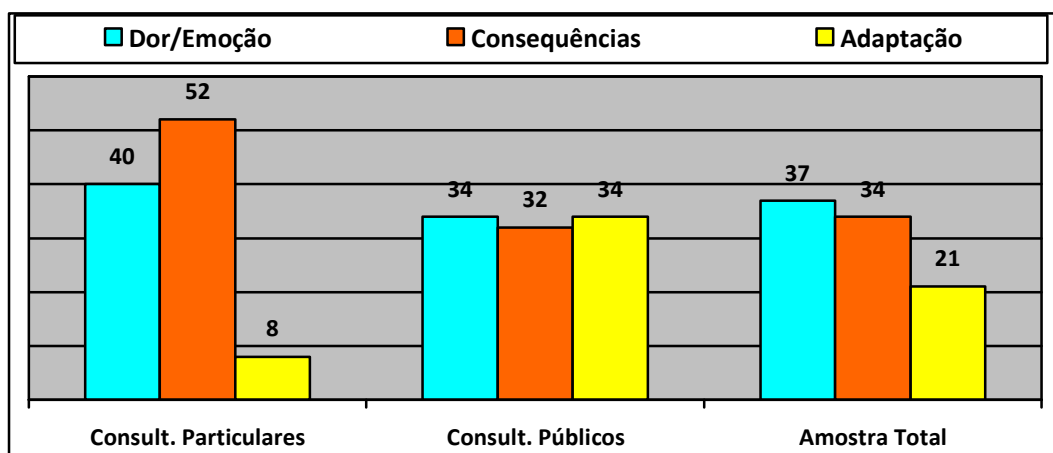


Figura 4.9. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes pelos participantes, agrupadas de acordo com sua classificação nos três focos semânticos, nas sub-amostras Consultórios Particulares (n=50) e Consultórios Públicos (n=50), e na Amostra Total (n=100).

Estatística: $\chi^2 = 10,672$; G.L. = 2; $P < 0,01$

Quando considerados os focos semânticos (Figura 4.9, acima), o padrão de uso das categorias nos consultórios privados e públicos também se mostra distinto do padrão da amostra total ($\chi^2 = 10,672$; G.L. = 2; $P < 0,01$). Nos consultórios particulares o foco na Adaptação (8%) apresenta-se como quase insignificante, ao mesmo tempo em que os focos das Consequências (52%) e da Dor e Emoção (40%) apresentam-se como os mais utilizados. Nos consultórios públicos observa-se uma perfeita equivalência no uso dos focos semânticos, com os resultados correspondendo a uma distribuição em tercís.

Comparando estes resultados com aqueles referentes ao uso das categorias (Figura 4.8) vê-se que, nos consultórios públicos, a formação dos conjuntos de foco semântico provoca uma anulação das diferenças entre categorias observadas, tendo-se mantido a proporção de uso da categoria Adaptativa. Por sua vez, essa anulação não se observa nos consultórios privados – ao contrário, neles a formação dos conjuntos de foco semântico acentua as diferenças entre as formas de significação da dor.

Pode-se concluir então que os diferentes ambientes terapêuticos aqui estudados apresentam padrões distintos de significação da dor. No ambiente composto pela rede de assistência privada predomina um padrão focado na dor e na emoção, assim como nas suas conseqüências, com uma ênfase maior nas conseqüências fácticas e objetivas dessa experiência, nas suas implicações efetivas na instrumentalização do mundo físico e social do paciente. Por sua vez, no ambiente composto pela rede de assistência pública, há uma equivalência no uso dos focos semânticos, observando-se entretanto uma ênfase maior na adaptação, no enfrentamento do problema álgico através da busca de resolução na forma de tratamento ou de resignificação da dor.

Uma última questão acerca do uso das categorias e dos focos semânticos pelos pacientes pode agora ser formulada. Será que os padrões de uso dessas formas de significação da dor são influenciados pelas características da dor referida pelos pacientes? É o que se passará a analisar em seguida.

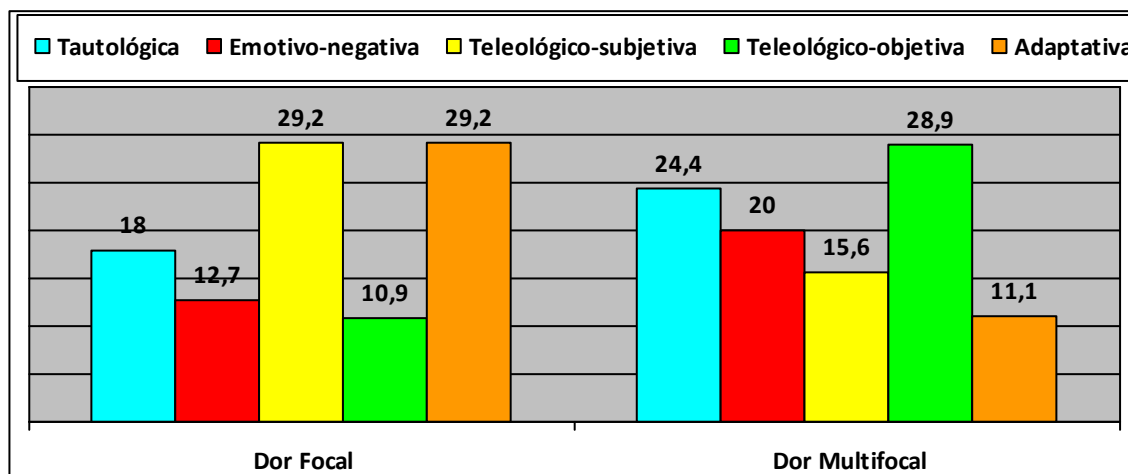


Figura 4.10. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nas categorias semânticas obtidas, e do tipo de dor (n = 100)

Estatística: $\chi^2 = 11,273$; G.L. = 4; $P < 0,05$

A Figura 4.10 acima, demonstra a comparação das proporções de uso, pelos pacientes (n = 100), das categorias semânticas, considerando-se a resposta mais importante de cada paciente, em função do tipo de dor apresentado. Como se pode observar na Figura 4.10, os padrões de uso das categorias diferem entre os dois grupos ($\chi^2 = 11,273$; G.L. = 4; $P < 0,05$). Os pacientes que apresentam queixas de dor focal usam predominantemente as categorias Teleológico-subjetiva (29,2%) e Adaptativa (29,2%), e menos frequentemente a categoria Teleológico-objetiva (10,9%). Já os pacientes que apresentam queixas multifocais usam predominantemente as categorias Teleológico-objetiva (28,9%) e Tautológica (24,4%), e menos frequentemente a categoria Adaptativa (10,9%).

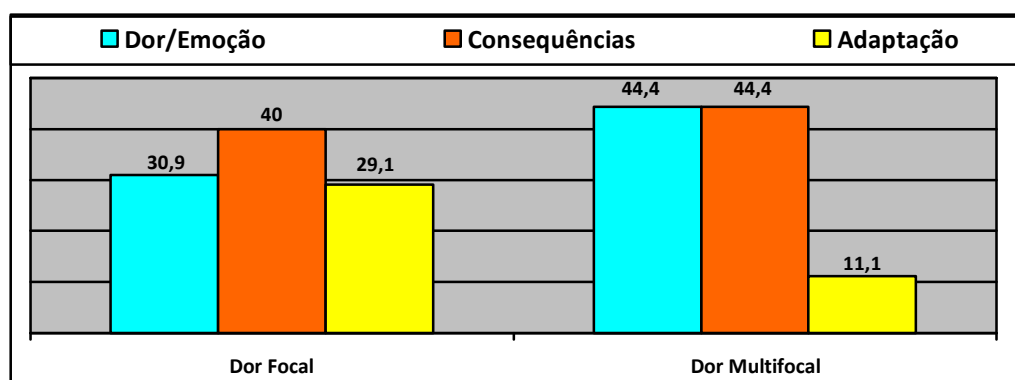


Figura 4.11. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nos três focos semânticos, e do tipo de dor (n = 100).

Estatística: $\chi^2 = 5,152$; G.L. = 2; N. Sig.

Já quando se comparam as proporções de uso dos focos semânticos pelos pacientes (n = 100), não se observam diferenças estatisticamente significativas em função do tipo de dor apresentado, como se pode observar na Figura 4.11 acima. Neste caso, de igual modo que na comparação entre os ambientes terapêuticos (Figura 4.9), a formação dos conjuntos de foco semântico provoca uma anulação das diferenças entre categorias observada na Figura 4.10.

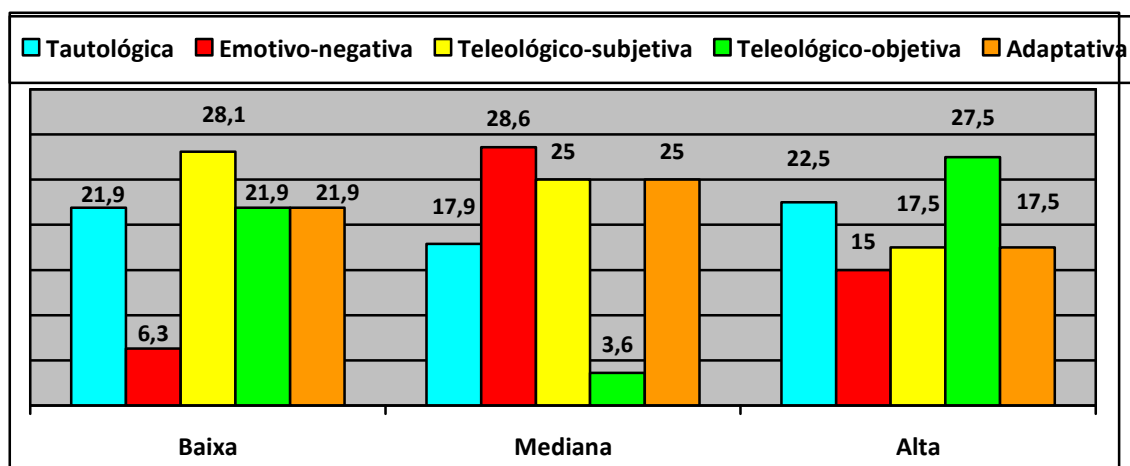


Figura 4.12. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nas categorias semânticas obtidas, e da intensidade da dor (n = 100).

Estatística: $\chi^2 = 11,445$; G.L. = 8; N. Sig.

A Figura 4.12 acima, demonstra uma comparação das proporções de uso, pelos pacientes (n = 100), das categorias semânticas, considerando-se a resposta mais importante de cada paciente, em função da intensidade da dor relatada. Como se pode observar na Figura 4.12, os padrões de uso das categorias não diferem entre as três classes de intensidade de dor, uma vez que não foram encontradas diferenças significativas entre essas classes.

Resultados semelhantes e conclusão idêntica são evidenciados na Figura 4.13, a seguir, referentes à comparação das proporções de uso dos focos semânticos pelos pacientes (n = 100) em função da intensidade de dor referida.

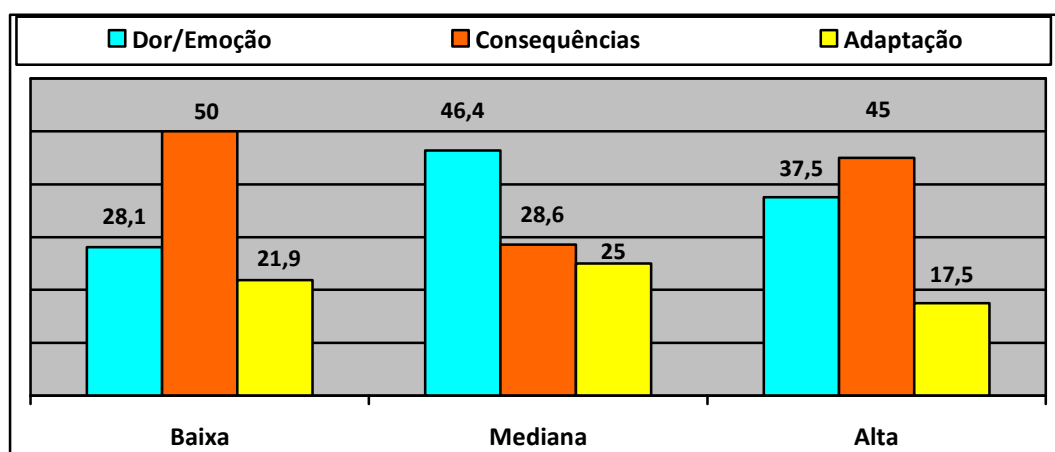


Figura 4.13. Distribuição, em percentagens, dos participantes em função das respostas consideradas como mais importantes, agrupadas de acordo com sua classificação nos três focos semânticos, e da intensidade da dor (n = 100).

Estatística: $\chi^2 = 3,591$; G.L. = 4; N. Sig.

4.3.4. Análise dos significados da dor obtidos a partir das questões abertas sobre o significado da dor

Como exposto anteriormente na parte do Método, o significado da dor para os pacientes também foi abordado a partir das respostas as duas indagações, feitas em sequência: “Agora pense na dor que você sente. Como você pensa nessa dor? O que essa dor quer dizer para você? O que essa dor significa para você?”; e “Agora pense na sua vida de modo geral. Que papel tem essa dor na sua vida? O que essa dor significa na sua vida?”.

Estas perguntas possuíam um caráter complementar, portanto o discurso produzido a partir das respostas foi unificado e analisado como um único discurso, através do tratamento padrão do *software* Alceste, utilizando-se como variáveis-atributos: a escolaridade, avaliada em três classes (sem escolaridade, fundamental e média e superior); o sexo (feminino e masculino); a idade, agrupada em três classes (até 50 anos, de 51 a 60 anos, e acima de 60 anos), o tipo de ambiente terapêutico (consultório particular e público), o tipo de dor

apresentado (focal e multifocal) e a intensidade da dor relatada, agrupada em três classes (baixa, mediana e alta).

A operacionalização e medida dessas variáveis foi feita do mesmo modo como descrito no Método e na análise das Associações Livres.

a) O Tratamento Padrão do Alceste

O tratamento padrão do programa Alceste, ao processar a questão relativa ao significado da dor, identificou um *corpus* constituído de 100 unidades de contexto iniciais (UCI), totalizando 10.147 ocorrências, sendo 1.526 palavras diferentes, com uma média de 7 ocorrências por palavra. Para a análise que se seguiu, foram consideradas as palavras com frequência igual ou superior a 4 e com um $\chi^2 \geq 3,84$.

Após a redução do vocabulário às suas raízes, verificou-se 211 formas reduzidas, 128 formas suplementares e o *corpus* foi reduzido a 718 unidades de contexto elementares (UCE).

A classificação hierárquica descendente (CHD) reteve 31% do total das UCE do *corpus*, sendo distribuídas em quatro classes formadas com, no mínimo, 10 UCE. Deste processamento emergiu um dendrograma formando um grande conglomerado lexical com aproximação das classes 1, 2 e 4, que apresentam-se claramente distintas da classe 3, conforme mostra a Figura 4.14, a seguir.

Nota-se que as classes 1, 2 e 4 são resultantes de um primeiro bloco textual comum, o que permite inferir que elas possuem significados complementares. Por sua vez, o segundo bloco textual é formado pela classe 3, que se distancia das demais classes.

Figura 4.14. Dendrograma com a Classificação Hierárquica Descendente – Questões relativas ao significado da dor

CLASSE 1		CLASSE 2		CLASSE 4		CLASSE 3	
24,66 %		21,97 %		19,28 %		34,08 %	
Afecção do corpo em termos de movimento e função		Afecção do corpo em termos de emoção e afeto negativo		Afecção da vida e ação em relação ao mundo		Enfrentamento adaptativo	
χ^2	Palavra / Atributo	χ^2	Palavra / Atributo	χ^2	Palavra / Atributo	χ^2	Palavra / Atributo
30	Sentada	28	Acho	27	Trabalhando	19	Disso
22	Movimento	21	Tristeza	26	Atividade	19	Medica
16	Impossibilidade	21	Significado	21	Atrapalhando	17	Tom
12	Total	11	Quer	15	Faz	17	Medico
9	Chega	11	Prejudica	12	Fazendo	15	Remedio
9	Cabeça	10	Vem	11	Deixam	14	Bota
9	Exemplo	8	Ruim	8	Sei	14	Partir
9	Acostumada	7	Saúde	8	Podem	12	Vai
8	Hora	7	Vontade	5	Casar	12	Cuida
8	Sinto	7	Problema	4	Possível	12	Procurando
7	Incomodar	6	Vida	4	Coluna	10	Pense
6	Constante	6	Possível	4	Gostaria	7	Gente
4	Dor	5	Vivem	3	Caos	6	Vou
3	Entenda	3	Dor	2	Poder	6	Melhor
3	Esforço	3	Pessoa	2	Físico	5	Boa
3	Principal					5	Ano
2	Limites					5	Direto
						5	Tempo
						5	Esquecer
						4	Passe
35	Baixa intensidade de dor	6	Escolarid. fundamental e média	19	Sexo masculino	21	Consult. públicos
19	Escolaridade superior	5	Consult. públicos	12	Média intensidade de dor	11	Alta intensidad e de dor
19	Consult. particulares						

A Classe 1, denominada “Afecção do corpo em termos de movimento e função” envolveu 55 UCE, significando 24,66 % do total de UCE. A Classe 2, categorizada como “Afecção do corpo em termos de emoção e afeto negativo”, foi formada por 49 UCE, correspondentes a 21,97 % das UCE. A Classe 3, caracterizada como “Enfrentamento adaptativo”, com 76 UCE, contabilizou 34,08 % das UCE. Por fim, a Classe 4, denominada “Afecção da vida e ação em relação ao mundo” conteve 43 UCE, contabilizando 19,28 % do total de UCE.

A Classe 1 organiza os significados relativos à dor em torno da afecção do corpo em termos de movimento e representando-a como um incômodo corporal focado nos limites e na restrição de movimentos. Com 24,66% das UCE, foi composta por palavras e radicais no intervalo entre um $\chi^2 = 30$ (Sentada) e um $\chi^2 = 2$ (Limites). Nessa classe as variáveis-atributos que mais contribuíram com a sua configuração foram a baixa intensidade de dor, o nível de escolaridade superior e o ambiente terapêutico dos consultórios particulares.

As falas nesta classe podem ser divididas em duas subclasses. Uma delas, mais centrada na dor e no corpo que dói, refere-se à sensação da dor e ao incômodo gerado pela própria dor. A outra subclasse revela-se centrada no incômodo gerado pela limitação e na impossibilidade imposta pela dor quanto à realização de movimentos, assim como no medo dessas restrições.

A referência principal da primeira subclasse é a sensação de dor e o incômodo gerado por ela, apresentando-se de forma constante e intensa como se pode verificar nas seguintes falas:

*“(...) estava, eu tive um período que **sentia constantemente**, qualquer **movimento** que eu (...)”; “(...) enxaqueca, ai eu **sinto dores** muito fortes, **incomoda** bastante, eu sou alérgica a (...).”*

A segunda subclasse refere-se à restrição de movimentos, limitação dos movimentos, e medo de perder a mobilidade. Como por exemplo:

“(...) você não pode fazer **os movimentos**, me **incomoda** de **sentar**, de deitar, **dores** (...)”; “(...) ai me **incomoda**. pela restrição **dos movimentos**.”

“(...) sem mobilidade, um **medo** muito **grande** de ficar sem **movimento**, e a **impossibilidade...**”

A Classe 2, denominada *afecção do corpo em termos de emoção e afeto negativo* reflete um sentido de passividade, de emoção e afeto negativo, com um foco na catastrofização. Foi composta por 21,97 % das UCE, compreendendo palavras e radicais no intervalo entre um $\chi^2 = 28$ (Acho) e um $\chi^2 = 3$ (Pessoa). Para essa classe as variáveis-atributos de maior contribuição foram o ambiente terapêutico dos consultórios particulares e um nível de escolaridade fundamental e média.

Nesta classe há principalmente referência às consequências emocionais negativas da dor, como uma sensação de tristeza, algo ruim, querer esquecer, etc. Há também a adoção de uma postura passiva diante da dor, além de um sentimento de dependência e aceitação da dor como sofrimento.

O discurso mais emergente nesta classe está focado em uma emoção negativa e voltado para um sentimento de tristeza, de que a dor é algo ruim, mau.

Como por exemplo:

“... **porque só vem pra** mim, é isso. Ela **provoca** na minha **vida** só **tristeza**, aborrecimento e...”; “...**significa** mau, não tem **saúde** não é? Eu fico mau. Só **tristeza** porque eu me **acho...**”; “...**significa** é um, um atraso não é? um atraso de **vida**, só, **acho**. **Significa tristeza**, não...”

Um segundo ponto que merece atenção nesta classe é a adoção de uma postura passiva por parte do doente, inerte diante da dor, a sensação de não poder, não conseguir e a aceitação do quadro algico como um sofrimento, como pode ser observado nas seguintes falas:

“... **mas eu acho** que e **uma**, e um **problema** que eu independente de tudo, eu **aceito**, eu...”; “...**aceito** porque **acho** que **as vezes**, eu **acho** que nos que estamos aqui, estamos...”.

A Classe 4 foi denominada *afecção da vida e ação em relação ao mundo*, implicando obstáculos para a realização de atividades e trabalho. Apresentou 19,28% das UCE, sendo composta pelo intervalo de palavras e radicais compreendidos entre um $\chi^2 = 27$ (Trabalhando) e um $\chi^2 = 2$ (Físico). As variáveis-atributos que mais se associaram a esta classe foram: participantes do sexo masculino e intensidade média da dor.

O discurso presente nesta classe está voltado para a ação; há um uso constante do verbo “fazer”, relacionando as conseqüências físicas da dor à impossibilidade de realizar tarefas em geral, atividades da vida diária e do trabalho. Pode ser exemplificado nas seguintes falas:

“Impossibilidade de eu **fazer** o que gosto de **fazer**, principalmente no **trabalho** (...) Fico sem poder **fazer** minhas **atividades** por isso me calo...(...) Incomoda fica sem poder **fazer** suas **atividades** que é necessário. E isso eu não sei...”

A Classe 3, denominada de *enfrentamento adaptativo*, foi composta pelas palavras e radicais no intervalo entre um $\chi^2 = 19$ (Disso) e um $\chi^2 = 4$ (Passe), incorporando 34,08% das UCE. Para essa classe as variáveis-atributos de maior contribuição foram o ambiente terapêutico dos consultórios públicos e a alta intensidade da dor.

O núcleo dessa classe está focado na busca de medicamento e na procura de um profissional médico, além de outros artifícios para aliviar a dor. Porém apresenta-se também nesta classe uma aparente queixa com relação ao efeito da medicação como um paliativo (de uso frequente, porém sem melhora efetiva). Também se destaca a falta de cuidado consigo como causa explicativa do adoecimento e da dor e a dificuldade de realizar tarefas.

O primeiro e mais evidente núcleo da classe refere-se à busca, por parte do paciente, de um profissional médico e/ou de medicamentos para aliviar a dor, além de outros recursos como, por exemplo, a realização de compressas e outros procedimentos semelhantes evidenciados nas seguintes falas:

“...sem paciência, **fica insuportável**, a **gente procura** logo um **medicamento** que **tome** para..”; “...**medicamento**, **vai** para o **médico**, **vai** para **ver** se **melhora**. Queria **ficar boa** para..”; “...para relaxar, **tomo** um **remédio**, **boto** uma compressa, me **deito** para relaxar e a dor...”

Essa classe também se refere ao efeito do medicamento como um paliativo, de uso freqüente para o alívio da dor, porém sem apresentar resultado prolongado e eficaz, exemplificado a partir das falas:

“... **toma** o **remédio**, depois quando **passa** o efeito **do remédio** volta a dor. E que essa dor...”; “...**medicamento**, mas isso é só paliativo. Quando **penso** que não eu estou com o **olho**...”

A classe ainda faz referência à falta de cuidado do doente com relação a sua saúde como causa do adoecimento. Exemplo de falas:

“...A dor pra mim e, a **partir do** momento que você não se **cuida**, não tem assim uma **boa...**”disso. eu **parei** de **cuidar** de mim pra **cuidar** de uma outra **parte**, que e a minha **parte...**”

Pode-se observar na Figura 4.13, pela análise do dendrograma, que as classes 1, 2 e 4 estão relacionadas. A teoria pode demonstrar essa ligação com base na característica desse discurso, que se apresenta focado sobre a própria dor, as suas emoções e as suas consequências. Portanto há nestas três classes um discurso sobre a dor cujo núcleo semântico remete à emoção, expressa seja como sensação corpórea, seja como valoração dessa sensação (tristeza e sofrimento), seja como consequência dessa sensação (limites e impossibilidades).

No discurso da classe 1 diz: “minha cabeça dói”, “meu corpo dói” e eu “não posso me mover”, está claro o foco no incômodo gerado pela dor. O discurso da classe 2 diz: “é uma tristeza”, “eu estou prejudicado”, “mas eu aceito a dor”, demonstrando uma passividade diante da dor, portanto, é também um discurso sobre a dor, mas sobre o sofrimento gerado pela dor, a passividade ou impossibilidade diante dessa dor como sofrimento. O discurso da classe 4 está focado na dor como algo que impossibilita a ação do corpo, uma impossibilidade da ação. Resumindo, as três classes relacionadas tratam de uma afecção do corpo em termos de movimento, uma afecção do corpo em termos da emoção e uma afecção da vida em relação ao mundo (realização de atividades e trabalho).

Por sua vez, na classe 3, que se situa independentemente das outras classes, há um discurso voltado para um enfrentamento adaptativo da dor, buscando uma forma de resolvê-la, a ação de procurar um médico, de tomar remédio, e outros procedimentos em busca de melhora. Seu núcleo semântico, ao contrário das demais classes, remete à situação e ao seu enfrentamento.

CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo foram identificados, analisados e categorizados os significados atribuídos à dor, obtidos por meio de resposta de caráter espontâneo e objetivo, como também por meio de respostas mais elaboradas e refletidas de pacientes portadores de dor crônica.

O estudo realizado teve caráter exploratório, descritivo e analítico, sem exata pretensão de quais resultados seriam encontrados. As principais estruturas de significado encontradas na pesquisa foram:

- a) Resultantes da análise de conteúdo dos dados obtidos na associação livre: Tautológica; Emotivo-negativa; Teleológico-subjetiva; Teleológico-objetiva; Adaptativa; e Político-social. Estas estruturas compreendem três focos semânticos: o primeiro centrado na dor e na emoção negativa dela resultante; o segundo centrado nas conseqüências emocionais e funcionais da dor; e o terceiro centrado na adaptação e no enfrentamento.

- b) Resultantes da análise das respostas da entrevista semi-estruturada através do programa ALCESTE: Afecção do corpo em termos de movimento e função; Afecção do corpo em termos da emoção e afeto negativo; Afecção da vida e ação em relação ao mundo; e Enfrentamento adaptativo. Estas estruturas compreendem dois focos semânticos: o primeiro centrado na dor, nas emoções negativas dela resultantes e nas suas conseqüências emocionais e funcionais; e o segundo centrado na adaptação e no enfrentamento.

A formação de categorias resultantes do trabalho demonstra certa evolução na estruturação das respostas dos doentes crônicos, seguindo uma linha de progressão desde

respostas mais reverberativas atreladas ao processo de dor em si, de baixa elaboração cognitiva, até respostas de melhor elaboração cognitiva; refletindo a respeito das consequências subjetivas, passando pelas consequências objetivas até alcançar respostas de melhor valor adaptativo no controle da dor.

A contribuição dada por este estudo é de fundamental importância para elevar o conhecimento a respeito da significação da dor. A partir das categorias semânticas aqui descritas é possível conhecer algumas das crenças explícitas na verbalização do doente crônico. Tal conhecimento é de estimada importância para que o profissional compreenda a resposta emotiva e comportamental do paciente à experiência de dor. Sua relevância na área da saúde é clara diante da quantidade de doentes crônicos e dos impactos econômicos acarretados, justificando o crescente interesse na área, e a necessidade de ampliar o conhecimento teórico para melhor aplicação profissional.

Assim torna-se possível uma melhor adequação da terapêutica aplicada, de modo a facilitar a adesão ao tratamento por parte do paciente, bem como gerenciar de maneira eficaz o tratamento da dor. A eficácia do gerenciamento da dor torna-se possível por meio tanto da ação profissional (enquanto escolha terapêutica e abordagem do paciente) quanto por meio da modificação das crenças e ações dos pacientes em prol a sua adaptação.

Futuras pesquisas poderão abordar e aprofundar os conhecimentos de como essas crenças são atuantes sobre a adesão e o gerenciamento da dor, estudando variáveis psicológicas como crenças, atitudes e enfrentamento da dor.

Referências

- Alcântara, M. A.(2008). *O efeito mediador das crenças e atitudes frente à dor na relação entre dor crônica e incapacidade em trabalhadores com ler*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.
- Allothman A, Al Khurmi A, Al Sadoon S, AlHejaili F. (2008). *Brucella* Peritonitis in a Patient on Peritoneal Dialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 9, pp.428-30.
- Angelotti, A. & Sardá, J. Junior (2005). Em: Figueiró, J. A. B.; Angelotti, G.; Pimenta, C. A. M. (Eds.). *Dor e saúde mental* (pp.51-65). São Paulo, SP: Atheneu.
- Angelotti, A. & Dotto, M.C. (2005). Em: Figueiró, J. A. B.; Angelotti, G.; Pimenta, C. A. M. (Eds.). *Dor e saúde mental* (pp.147-157). São Paulo, SP: Atheneu.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). A evolução do conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos em Psicologia*, 3, 273-294.
- Arruda, E. (2002). *Identidade social e crenças em empresários nordestinos: uma análise psicossocial de prioridades organizacionais*. Dissertação de mestrado, Pós graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Awasthi, P., Mishra, R. C. & Shahi, U. P. (2006). Health Beliefs and Behaviour of Cervix Cancer Patients. *Psychology and Developing Societies*, 18, pp. 37-58. doi: [10.1177/097133360501800103](https://doi.org/10.1177/097133360501800103)
- Baker, T. A., Buchanan, N. T. & Corson, N. (2008). Factors influencing chronic pain intensity in older Black women: Examining depression, locus of control, and physical health. *Journal of Women's Health*, 17, pp. 869-878.
- Bandura A. (1997). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Barros, N. (2001). Em: Andrade, A. C. De C. Filho. (Ed.) *Dor: diagnóstico e tratamento* (pp.53-61). São Paulo, SP: Rocca.
- Basbaum, A. I. & Jessel, T. M. (2003). Em: Kandel, E. R.; Schwartz, J. H.; Jessel, T. M. *Princípios da neurociência* (4ª ed.). Barueri, SP: Manole.
- Bar-Tal, D. (1996). Las Creencias Grupales Como Expresión de la Identidad Social. Em: Morales, J. F.; Paéz, D.; Deschamps, J. C. e Worchel, S. *Identidad Social: aproximaciones a los grupos y a las relaciones entre grupos*. Valência, Espanha: Promolibro.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bem, D. J. (1973). *Convicções, atitudes e assuntos humanos*. São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo.

- Brenner, G. J. (2004). Em: Ballantyne, J. Fishman, S. M. & Abdi, Salahadin. *Massachusetts General Hospital Manual de Controle da Dor* (pp.3-19). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan S. A.
- Borkum, J. M. (2010). Maladaptive cognitions and chronic pain: Epidemiology, neurobiology, and treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 28, pp. 4-24. doi: [10.1007/s10942-010-0109-x](https://doi.org/10.1007/s10942-010-0109-x)
- Boersma, K. & Linton, S. J. (2006). Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: A prospective analysis. *European Journal of Pain*, 10, pp. 551-557. doi: [10.1016/j.ejpain.2005.08.004](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.08.004)
- Buck, T., Baldwin, C. M. & Schwartz, G. E. (2005). Influence of Worldview on Health Care Choices Among Persons with Chronic Pain. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11, pp. 561-568. doi: [10.1089/acm.2005.11.561](https://doi.org/10.1089/acm.2005.11.561)
- Buckelew, S.P., Conway, R.C., Shutty, M.S., Lawrence, J.A., Grafing, M.R.; Anderson, S.K., Hewett, J.E. & Keefe, F.J. (1992). Spontaneous Coping Strategies to Manage Acute Pain and Anxiety During Electrodiagnostic Studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 594-598.
- Budó, M. L. D., Nicolini, D., Resta, D. G., Büttenbender, E., Pippi, M. C. & Ressel L. B. (2007). A Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Rer. Esc. Enferm. USP*, 41, 6-43.
- Brown, C. A., Seymour, B., El-Deredy, W & Jones, A. K.P. (2008) Confidence in beliefs about pain predicts expectancy effects on pain perception and anticipatory processing in right anterior insula. *Pain*, 139, pp. 324-332. doi: [10.1016/j.pain.2008.04.028](https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.04.028)
- Calia, R. G. & Vieira, M. S. R. (2001). Em: Andrade, A. C. De C. Filho. (Ed.) *Dor: diagnóstico e tratamento* (pp.63-73). São Paulo, SP: Rocca.
- Carleton, R. N., Abrams, M. P., Kachur, S. S. & Asmundson, G. J. G. (2009). Waddell's symptoms as correlates of vulnerabilities associated with fear-anxiety-avoidance models of pain: Pain-related anxiety, catastrophic thinking, perceived disability, and treatment outcome. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19, pp. 364-374. doi: [10.1007/s10926-009-9191-2](https://doi.org/10.1007/s10926-009-9191-2)
- Castro C. E. S. (1999). *A Formulação Lingüística da Dor*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Castro C. E. S. (2001). A formulação lingüística da dor: valor lingüístico e clínico das queixas de dor. *Revista Dor*, 3, 14-22.
- Castro, A. B. (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor princípios e prática* (pp. 121-132). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Cavalcante, V. O. (2005). Em: Figueiró, J. A. B.; Angelotti, G.; Pimenta, C. A. M. (Eds.). *Dor e saúde mental* (pp.23-32). São Paulo, SP: Atheneu.

- Citéro, V. A. De, Levenson, J. L., McClish, D. K., Bovbjerg, V. E., Cole, P. L., Dahman, B. A., et al. (2007). The role of catastrophizing in sickle cell disease. *Pain*, 133, 39–46.
- Cook, A. J. & DeGood, D. E. (2006). The Cognitive Risk Profile for Pain: Development of a Self-report Inventory for Identifying Beliefs and Attitudes That Interfere With Pain Management. *The Clinical Journal of Pain*, 22, pp.332-345. doi: [10.1097/01.ajp.0000209801.78043.91](https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000209801.78043.91)
- Corrêa, C. F. & Pimenta, C. A. M. (2005). Em: Figueiró, J. A. B.; Angelotti, G.; Pimenta, C. A. M. (Eds.). *Dor e saúde mental* (pp.41-50). São Paulo, SP: Atheneu.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo, SP: Editora Atlas.
- Croft, P. R. A.; Boswell, R., Schollum, J. & Silman, A. (1993). The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Journal of Rheumatology*, 20, 710-713.
- Decosterd, I. & Woolf, C. J., (2004).). Em: Sakata, R. K. & Issy A.M. (Eds.). *Dor: guia de medicina ambulatorial e hospitalar* (pp.20-29). UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. Barueri, SP: Manole.
- De Vlieger, P., Van den Bussche, E., Eccleston, C. & Crombez, G. (2006). Finding a solution to the problem of pain: Conceptual formulation and the development of the Pain Solutions Questionnaire (PaSol). *Pain*, 123, pp. 285-293. doi: [10.1016/j.pain.2006.03.005](https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.03.005)
- Dezutter, J., Luyckx, K., Büssing, A. & Hutsebaut, D. (2009). Exploring the link between religious attitudes and subjective well-being in chronic pain patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39, pp. 393-404. doi: [10.2190/PM.39.4.d](https://doi.org/10.2190/PM.39.4.d)
- Dias, A. R. (2007). Dor crônica um problema de saúde pública. <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0372.pdf>
- Díaz, C. B. (2003). *Aproximación epidemiológica y psicométrica del estudio da dolor pediátrico*. Tesi de doutorado, Faculdade de medicina, Univesitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, Espanha.
- Dubois, B. W. & Christo, P. J. (2004). Em: Ballantyne, J.; Fishman, S. M. & Abdi, S. *Massachusetts General Hospital manual de controle da dor* (2ª ed.) (pp.30-37). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Duval, G. F. Neto (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor princípios e prática* (pp. 319-334). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ekman, L.L. (2004). *Neurociência: Fundamentos para a reabilitação*. Trad. Mundim, F.D.; Rio de Janeiro, RJ: Elsevier.
- Ferreira, P. E. M. S. (2001). Em: Andrade, A. C. De C. Filho. (Ed.) *Dor: diagnóstico e tratamento* (pp.43-51). São Paulo, SP: Rocca.

- Ferreira, K. A. S. L. & Teixeira, M. J. (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor: princípios e prática* (pp. 943-956). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Florin, M. & Mourin, M. A. (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor: princípios e prática* (pp. 313-318). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Franco, M. & Rodrigues, A. B. (2009). A música no alívio da dor em pacientes oncológicos. *Einstein*, 7, pp.147-151.
- Frutuoso J.T. & Cruz, R. M.(2004). Relato Verbal na Avaliação Psicológica da Dor Verbal reports in the psychological evaluation of pain. *Avaliação Psicológica*, 3, pp. 107-114.
- Gatchel, R. J. & Turk, D. C. (1999). *Psychosocial factors in pain:critical perspectives*. New York: Guilford Press.
- Gadelha, M. I. P. (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor: princípios e prática* (pp. 141-144). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Galli, U., Ettlin, D. A., Palla, S., Ehler, U. & Gaab, J. Do illness perceptions predict pain-related disability and mood in chronic orofacial pain patients? A 6-month follow-up study. *European Journal of Pain*, 14, pp. 550-558. doi: [10.1016/j.ejpain.2009.08.011](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.08.011)
- Garcia, Dayse Maioli & Mattos-Pimenta, C. A. (2008). Crenças de profissionais de centros de dor sobre dor crônica não oncológica. *Arq. neuropsiquiatr*; 66, pp.221-228.
- Guyton A. C. & Hall J. E. (1997). *Fisiologia humana e mecanismos das doenças* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Guyton A. C. & Hall J. E. (2006). *Tratado de fisiologia médica* (11ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Elsevier.
- Hanley, M. A., Raichle, K., Jensen, M. & Cardenas, D. D. (2008). Pain catastrophizing and beliefs predict changes in pain interference and psychological functioning in persons with spinal cord injury. *The Journal of Pain*, 9, pp. 863-871. doi: [10.1016/j.jpain.2008.04.008](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.04.008)
- Helmes, E. & Goburdhun, A. (2007). Cognitions related to chronic pain: Revision and extension of the Cognitive Evaluation Questionnaire. *The Clinical Journal of Pain*, 23, pp. 53-61. doi: [10.1097/01.ajp.0000210942.81310.ed](https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000210942.81310.ed)
- Huguet, A., Eccleston, C., Miró, J. & Gauntlett-Gilbert, J. (2009). Young people making sense of pain: Cognitive appraisal, function, and pain in 8–16 year old children. *European Journal of Pain*, 13, pp. 751-759. doi: [10.1016/j.ejpain.2008.07.011](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.07.011)
- Jensen, M. P., Turner, J. A. & Romano, J. M. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*, 131, pp. 38–47.
- Kaziyama, H. H. S., Yeng, L. T., S. & M. J.Teixeira. (2006). Em: Teixeira, M. J. *Dor: manual para o clínico* (pp. 239-249). São Paulo, SP: Atheneu.

- Kaziyama, H. H. S., Teixeira M. J., Yeng, L. T. S. & Okada, M. (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor princípios e prática* (pp. 464-485). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kandel, E. R. (2003). Em: Kandel, E. R.; Schwartz, J. H. & Jessel, T. M. (2003). *Princípios da neurociência* (4ª ed.) (1-35). Barueri, SP: Manole.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H. & Jessel, T. M. (2000). *Fundamentos da neurociência e do comportamento*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan S. A..
- Keefe, F. J., Abernethy, A. P. & Campbell, L. C. (2005). Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *Rev. Psychol.* 56, 601–30.
- Keefe, F. J., Somers, T. J. & Kothadia, S. M. (2009). Coping with pain. *PAIN clinical updates*, 17, pp. 1-6. <http://enews.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home&CONTENTID=10417&SECTION=Home&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm>
- Kingsley, R. E. (2001). *Manual de neurociência*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Kreling, M. C. G. D., Cruz, D. A. L. M. & Pimenta, C. A. M. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev. Bras. Enferm.*, 59, pp. 509-13.
- Kurita, G. P. & Pimenta, C. A. M. (2004). Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, 38, pp. 254-61.
- Lamé, I. E. (2008). *Psychological Predictors and Treatment Outcome in Chronic Pain*. Tese de doutorado, Universiteit Maastricht, Rotterdam.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Le Bon, G. (s.d). *As opiniões e as crenças*. São Paulo SP: Companhia Brasil Editora.
- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mira, M. A., Pons-Calatayud, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J. & Bruhl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, pp. 459-476.
- Leonhardt, C., Lehr, D., Chenot, J.-F., Keller, S., Luckmann, J., Basler, H.-D., Baum, E., Donner-Banzhoff, N., Pfingsten, M., Hildebrandt, J., Kochen, M. M. & Becker, A. (2009). Are fear-avoidance beliefs in low back pain patients a risk factor for low physical activity or vice versa? A cross-lagged panel analysis. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 6, pp. 1-12. doi: [10.3205/psm000057](https://doi.org/10.3205/psm000057)
- Leite, S. N. & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 775-782.
- Loduca, A. & Samuelian, C. (2009). Alves, O. Neto (Org.). *Dor princípios e prática* (pp. 382-397). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Loeser, J. D. (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor princípios e prática* (pp. 355-369). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Lutufo Neto, F., Santana, C. L. A. & Wang, Y. P. (2005). Em: Figueiró, J. A. B.; Angelotti, G.; Pimenta, C. A. M. (Eds.). *Dor e saúde mental* (pp.51-65). São Paulo, SP: Atheneu.
- Lyvers, M., Barling, N. & Harding-Clark, J. (2006). Effect of belief in "psychic healing" on self-reported pain in chronic pain sufferers. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, pp. 59-61. doi: [10.1016/j.jpsychores.2005.06.066](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.066)
- Martins, L. M. M., Dulcci, A. J. & Pimenta, C. A. M. (2005). Em: Figueiró, J. A. B., Angelotti, G., Pimenta, C. A. M. (Eds.). *Dor e saúde mental* (pp.139-146). São Paulo, SP: Atheneu.
- McParland, J. L. & Knussen, C. (2010). Just world beliefs moderate the relationship of pain intensity and disability with psychological distress in chronic pain support group members. *European Journal of Pain*, 14, pp. 71-76. doi: [10.1016/j.ejpain.2008.11.016](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.11.016)
- Meirelles, E. S. (2006). Em: Teixeira, M. J. *Dor: manual para o clínico* (pp. 255-265). São Paulo, SP: Atheneu.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). Task force on taxonomy: classification of chronic pain (pp 209-214). Seattle: IASP. Obtido em: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728
- Melzack, R. (1996). Gate control theory: on the evolution of pain concepts. *Reprinted from Pain Forum: Official Journal of the American Pain Society*, 5, pp 128-138.
- Melzack, R. (1973). *The puzzle of pain*. Londres: Penguin Books.
- Melzack, R. (1993). Pain: Past, Present and Future. McGill University. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 47 pp. 615-629. Obtido em: <http://www.alternatives.com/raven/cpain/melzack2.html>
- Melzack, R. & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Rev. Science*, 150, pp. 971-79.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (8ª ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Murta, S. G. (1999). *Dor: um estudo multidisciplinar (2ª Ed)* (pp.174-195). São Paulo, SP: Summus.
- Nicklas, L. B., Dunbar, M. & Wild, M. (2010). Adherence to pharmacological treatment of non-malignant chronic pain: The role of illness perceptions and medication beliefs. *Psychology & Health*, 25, pp. 601-615. doi: [10.1080/08870440902783610](https://doi.org/10.1080/08870440902783610)
- Novy, D. M., Nelson, D. V., Francis, D. J. & Turk, D. C. (1995). Perspectives of chronic pain: An evaluative comparison of restrictive and comprehensive models. *Psychological Bulletin*, 118, pp.238-247.
- Oigman, W. (2006). Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev. Bras Hipertens*, 13, pp. 30-34.

- Oliveira, L. M. & Silva, L. F. S. (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor: princípios e prática* (pp. 235-246). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pain Associat's International Network [PAIN] (2002). Consenso de Aachen: Melhoria qualitativa no controlo e alívio (*management*) das cefaléias e das dores ao nível do sistema músculo-esquelético. Obtido em: http://www.pain-workshop.com/pw/pt/pdf/pw_pt_02_consensus.pdf
- Pain Associat's International Network [PAIN] (2003). Consenso de Salzburg : Psychosomatic and psychosocial aspects of chronic pain / Neuropathic pain. Obtido em: http://www.pain-workshop.com/pw/en/pdf/pw_en_03_consensus.pdf
- Pagura, J. R. (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor princípios e prática* (pp. 91-93). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pimenta, C. A. M. (1999). Em: Carvalho, M. M. J. *Dor: um estudo multidisciplinar* (31-46). (2ª ed.). São Paulo, SP: Summus.
- Pimenta C. A. M.(2001). Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Psiquiatria Clínica*, 28, 288-294.
- Pimenta C. A. M. & Cruz, D. A. L. M. (2006). Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. *Rev. Escola de Enfermagem USP*, 40 (3), 365-73.
- Pimenta, C.A.M., Cruz, D.A.L.M., Rosseto, E. G.; Dellaroza, M. S. G. & Kreling, M. C. G. (2005). Em: Figueiró, J. A. B., Angelotti, G., Pimenta, C. A. M. (Eds.). *Dor e Saúde Mental* (pp. 3-22). Rio de Janeiro, RJ: Ed Atheneu.
- Pimenta C.A.M. & Portnoi, A.G. (1999). Em: Carvalho, M.M.M.J. *Dor: um estudo multidisciplinar* (pp.159-73) (2ª ed.). São Paulo, SP: Summus.
- Pimenta C. A. M. & Teixeira, M. J. (1996). Proposta de adaptação o questionário McGill para língua portuguesa. *Rev. Esc. Enfermag. USP*, 30, pp. 473-83.
- Pimentel, L. (2005). O discurso do paciente portador de artrite reumatóide: ecos da dor. *Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8, pp. 41-59.
- Poiraudau, S., Rannou, F., Baron, G., Le Henanff, A., Coudeyre, E., Rozenberg, S., Huas, D., Martineau, C., Jolivet-Landreau, I., Garcia-Macé, J., Revel, M. & Ravaud, P. (2006). Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with subacute low back pain. *Pain*, 124, pp.305-311. doi: [10.1016/j.pain.2006.04.019](https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.04.019)
- Portnoi, A. G. (2003). Em: Teixeira et al. *Dor: contexto interdisciplinar* (pp.) Curitiba, PR: Ed. Maio.
- Portnoi, A. G., Nogueira, M. & Maeda, F. L. (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor princípios e prática* (pp. 294-301). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Prado, W. A. (2001). Em: Andrade, A. C. De C. Filho. (Ed.) *Dor: diagnóstico e tratamento* (pp.1-5). São Paulo, SP: Rocca.

- Rocha, A. P. C., Kraychete, D. C., Lemonica, L., Carvalho, L. R., Barros, G. A. M., Garcia, J. B. S. & Sakata, R. K. (2007). Dor: aspectos atuais da sensibilização periférica e central. *Rev. Brás. Anesthesiol*, 57, pp. 94-105.
- Raichle, K. A., Hanley, M., Jensen, M. P. & Cardenas, D. D. (2007). Cognitions, coping, and social environment predict adjustment to pain in Spinal Cord Injury. *The Journal of Pain*, 8, pp. 718-729. doi: [10.1016/j.jpain.2007.05.006](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.05.006)
- Rocha, R. L. (2004). Em: Camon, V. A. A. (Org.). *Psicossomática e a psicologia da dor* (pp. 131-140). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Ruehlman, L. S., Karoly, P., Newton, C. & Aiken, L. S. (2005). *The development and preliminary validation of the Profile of Chronic Pain: Extended Assessment Battery*. *Pain*, 118, pp. 380-389. doi: [10.1016/j.pain.2005.09.001](https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.09.001)
- Sá, C.P. (1998). *Sobre a construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro, RJ: UERJ.
- Salgado, R. (2008). O que facilita e o que dificulta uma consulta. *Rer. Port. Clin. Geral*, 24, pp. 513-518.
- Sakata, R. K. & Issy A.M. (2004). Em: Sakata, R. K. & Issy A.M. (Eds.). *Dor: guia de medicina ambulatorial e hospitalar* (pp.1-15) UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. Barueri,SP: Manole.
- Salveti, M. G. & Pimenta, C. A. M. (2007). Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm.*, 41,135-40. www.ee.usp.br/reeusp
- Salveti, M. G., Pimenta, C. A. M., Lage, L. V., Oliveira Junior, J. O. & Rocha, R. O. (2007). Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Rev. psiquiatr. Clín.*, 34, pp.111-117.
- Salveti, M. G., Pimenta, C. A. M. (2007). Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev. Esc. Enferm. USP*;41, pp.135-140.
- Samwel H.J.A., Evers, A.W.M., Cru, l. .B.J.P., & Kraaimaat, F.W. (2006). The Role of Helplessness, Fear of Pain, and Passive Pain-Coping in Chronic Pain Patients.*Clinical Journal of Pain* 22(3):245-251.
- Sardá, Jr. J. J., Cruz, M. R. & Jablonski, S. J. (2005). Em: Figueiró, J. A. B.; Angelotti, G.; Pimenta, C. A. M. (Eds.). *Dor e saúde mental* (pp.187-195). São Paulo, SP: Atheneu.
- Sárti, C. A. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, 10, 3, pp. 3-13.
- Schieffer, B. M., Pham, Q., Labus, J., Baria, A., van Vort, W., Davis, P., Davis, F. & Naliboff, B. D. (2005). Pain Medication Beliefs and Medication Misuse in Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 6, pp. 620-629. doi: [10.1016/j.jpain.2005.04.004](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.04.004)
- Silva, F. C. M. (2007). *Experiência da dor crônica: compreendendo as repercussões na participação de trabalhadores*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação

em Ciências da Reabilitação, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

- Smeets, R.J., van Geel, A.C., Kester, A.D., & Knottnerus, J.A. (2007). Physical capacity tasks in chronic low back pain: what is the contributing role of cardiovascular capacity, pain and psychological factors? *Disability and Rehabilitation*, 29(7), pp. 577-86.
- Simons, D. G., Travell, J. G. & Simons, L. S. (2005). Dor e disfunção miofascial: manual dos pontos-gatilho (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Silva, F. U., Alcântara, M. A. & Barroso, O. L. (2010). Crenças em relação às condições crônicas de saúde: uma revisão crítica de instrumentos adaptados para a língua portuguesa. *Fisioter. mov*;23, pp.651-662.
- Silveira, L. M. C. & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*,9, pp.91-104.
- Slezak, J. & Hacopian, A. (2004). Em: Ballantyne, J.; Fishman, S. M. & Abdi, S. *Massachusetts General Hospital manual de controle da dor* (2ª ed.) (pp.41-51). Rio de Janeiro RJ: Guanabara Koogan S. A.
- Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor [SBED] (s.d.). Conheça mais sobre a dor. Brasil. Obtido em: <http://www.dor.org.br/publico/intro.asp>
- Sousa, F. A. E. F., Pereira, L. V. & Hortense, P. (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor: princípios e prática* (pp. 370-381). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Stantiall, A. A. (2010) *Illness Representations, Coping and Psychosocial Outcome in Chronic Pain*. Tese de doutorado, Escola e Psicologia, University of Southampton Faculty of Medicine, Southampton, Inglaterra.
- Subcomitê de classificação das cefaléias da sociedade internacional de cefaléia (2004). *Classificação Internacional das Cefaléias* (2ª ed.). Tradução da Sociedade Brasileira de Cefaléia. São Paulo, SP: Editora Segmento.
- Taberner, M. M. T., Pareja, J. P., Amorós, M. M. M., Pol, A. P. & Abad, A. S. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. / Psychological aspects relevant to chronic pain research and treatment. *Clinica y Salud*, 19, pp. 295-320.
- Tan, G., Jensen, M. P., Thornby, J. & Anderson, K. O. (2005). Ethnicity, Control Appraisal, Coping, and Adjustment to Chronic Pain Among Black and White Americans. *Pain Medicine*, 6, pp.18-28. doi: [10.1111/j.1526-4637.2005.05008.x](https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2005.05008.x)
- Tan, G., Nguyen, Q., Cardin, S. A. & Jensen, M. P. (2006). Validating the Use of Two-Item Measures of Pain Beliefs and Coping Strategies for a Veteran Population. *The Journal of Pain*, 7, pp. 252-260. doi: [10.1016/j.jpain.2005.11.007](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.11.007)
- Teixeira, M. J. (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor: princípios e prática* (pp. 145-175). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Teixeira, M. J., Kraychete, D., Guimarães, C. & Carvalho, M. G. (2006). Em: Teixeira, M. J. *Dor: manual para o clínico* (pp. 1-8). São Paulo, SP: Atheneu.
- Teixeira, M. J. & Simioni, C. V. M. G. (2006). Em: Teixeira, M. J. *Dor: manual para o clínico* (pp. 389-399). São Paulo, SP: Atheneu.
- Teixeira, M. J. & Siqueira, S. R. D. T. (2009). Em: Alves, O. Neto (Org.). *Dor: princípios e prática* (pp. 57-76). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Teixeira, R. R. (2001). Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6, pp.49-61.
- Teixeira, M. J. & Teixeira, W. G. J. T. (2006). Em: Teixeira, M. J. *Dor: manual para o clínico* (pp. 59-63). São Paulo, SP: Atheneu.
- Tsai, Y. F., Chu, T. L., Lai, Y. H. & Chen, W. J. (2008). Pain experiences, control beliefs and coping strategies in Chinese elders with osteoarthritis. *Journal of Clinical Nursing*, 17, pp. 2596-2603. doi: [10.1111/j.1365-2702.2008.02306.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02306.x)
- Turner, J. A., Mancl, L., Aaron, L. A. (2006). Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: A randomized, controlled trial. *Pain*, 121, pp. 181-194. doi: [10.1016/j.pain.2005.11.017](https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.11.017)
- Vlainich, R. (2004). Em: Ballantyne, J.; Fishman, S. M. & Abdi, S. *Massachusetts General Hospital manual de controle da dor* (pp.16-26) (2ª ed.). Rio de Janeiro RJ: Guanabara Koogan S. A.
- Yarnitsky, D., Crispel, Y., Eisenberg, E., Granovsky, Y., Ben-Nun, A., Sprecher, E., Best, L. & Granot, M. (2008). Prediction of chronic post-operative pain: Pre-operative DNIC testing identifies patients at risk. *Pain* 138, pp. 22–28.
- Yeng, L. T. S. Kazyama, H. H. S. & M. J. Teixeira. (2006). Em: Teixeira, M. J. *Dor: manual para o clínico* (pp. 227-238). São Paulo, SP: Atheneu.
- Yeng, L. T. S., Romano, M. A. Teixeira, M. J. & Fenandes, M. M. (2006). Em: Teixeira, M. J. *Dor: manual para o clínico* (pp. 401-411). São Paulo, SP: Atheneu.
- Yeng, L. T. S., Teixeira, M. J. & Kazyama, H. H. S. (2006). Em: Teixeira, M. J. *Dor: manual para o clínico* (pp. 481-494). São Paulo, SP: Atheneu.
- Yeng, L. T., Teixeira, M. J., Ribeiro, A. L. & Samuelian, C. (2006). Em: Teixeira, M. J.; Yeng, L. T. & Kazyama, H. H. S. *Dor – Síndrome dolorosa miofascial* (141-162). São Paulo, SP: Roca.
- Williams, S. S. & Podd, J. (2004). The placebo Effect: Dissolving the expectancy versus conditioning debate. *Psychological Bulletin*, 130, pp. 324-340.
- Woods, M. P. & Asmundson, G. J. G. (2008). Evaluating the efficacy of graded in vivo exposure for the treatment of fear in patients with chronic back pain: A randomized controlled clinical trial. *Pain*, 136, pp. 271-280. doi: [10.1016/j.pain.2007.06.037](https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.037)

ANEXO I

Roteiro para entrevista para pacientes com dor crônica.

Vou lhe dizer uma palavra e gostaria que você me respondesse as cinco primeiras coisas que lhe vem a mente ao ouvir a palavra estímulo em um tempo máximo de um minuto. Exemplo: palavra estímulo “casa”: em um primeiro instante você pensa em ... (pedir cinco respostas ao participante)

Em seguida gostaria que você classificasse por ordem de importância as três primeiras. Exemplo: Qual das suas respostas que melhor representa para você o significado de casa? E a segunda? E por fim a terceira?

Palavra estímulo: “DOR”

Significados da palavra dor	Classificação

1. Agora pense na dor que você sente. Como você pensa nessa dor? O que essa dor quer dizer para você? O que essa dor significa para você?

2. Agora pense na sua vida de modo geral. Que papel tem essa dor na sua vida? O que essa dor significa na sua vida?

Há quanto tempo é paciente do Doutor (a)? _____

Que tipo de dor você sente? _____

Em geral, em uma escala de 0-10 considerando 0 ausência de dor e 10 a pior possível, qual a intensidade da sua dor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Quais os problemas de saúde que você tem? _____

Qual a sua idade? _____ anos.

Sexo: Masc. () Fem. ()

Escolaridade: Fundamental() Médio() Superior() Pós- Graduação().